



TRABALHO
PROJECTO

CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS NO PRÓPRIO DIA

DEZEMBRO 2012



Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, para a obtenção do grau de Mestre de Gestão em Saúde.

Por Elisa Maria Martins Alves, sob orientação do Sr. Prof. Dr. João Prista.

(DEZEMBRO 2012)

AGRADECIMENTOS

A elaboração do presente trabalho não seria possível sem a colaboração de várias pessoas e entidades que muito me ajudaram neste percurso, às quais agradeço:

Ao meu orientador que me conduziu pelo caminho mais assertivo para a realização deste trabalho.

À Prof. Dra. Ana Escoval e Prof. Carla Nunes, pela ajuda e orientações imprescindíveis.

Ao meu amigo Telmo Aleixo, pelas inúmeras vezes que lhe pedi que lesse e me ajudasse com o Excel.

À Sónia Ganilho, pelas correções que sugeriu.

À Prof. Adília Zacarias, pelas correções do português.

À minha família que muitas vezes foi preterida pelo trabalho.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Para garantir a qualidade e universalidade dos cuidados de Saúde, é fundamental, que os recursos disponíveis sejam bem utilizados, evitando desperdícios.

Os resultados de um hospital estão diretamente ligados aos resultados do Bloco Operatório. A taxa de utilização e a taxa de cancelamentos são indicadores da atividade dos Blocos Operatórios. Realizou-se um estudo piloto no Hospital Dr. José de Almeida em Cascais.

OBJECTIVO: Conhecer as taxas de cancelamento de cirurgias no próprio dia.

METODOLOGIA: Estudo descritivo longitudinal, retrospectivo, quantitativo, às cirurgias agendadas, entre 1 de Janeiro e 31 de Março de 2012. Utilizou-se a estatística descritiva e a inferência estatística através de testes de independência de variáveis.

RESULTADOS: 1524 cirurgias agendadas, canceladas 205, com 100 cancelamentos no próprio dia. Os resultados revelam na globalidade taxas de cancelamento (13,45%) inferiores às fornecidas pelo Ministério da Saúde em relação a 2008, 2009 e 2010, com 28,4%, 26,0% e 26,6% respectivamente. No entanto, as taxas de cancelamento no próprio dia são semelhantes 48,78% no estudo e, entre 44,1% e 50,5% nos dados do Ministério da Saúde. Os estudos internacionais consultados revelam taxas globais de 0,34% na China (Sung, 2010) num hospitalar multidisciplinar e 30,3% (taxa de cancelamentos no dia) na Índia (Garg, 2009).

CONCLUSÃO: A imputação do motivo de cancelamento é feita ao “serviço/ hospital” ou a “outros”, o utente apresenta uma taxa baixa de imputação do motivo de cancelamento. Foi encontrada uma relação de dependência entre as variáveis, com exceção da relação entre data do cancelamento e a especialidade cirúrgica. Assim, considera-se pertinente a realização de um estudo mais aprofundado e abrangente deste fenómeno nas instituições de saúde em Portugal.

PALAVRAS CHAVE – Cancelamento; Cirurgia; Causas, Data.

ABSTRACT

INTRODUCTION: To ensure the quality and universality of health care, it is essential that the available resources are used well, avoiding wastage.

Results of a hospital are directly linked to the results of the Operating Room. The utilization rate and the rate of cancellations are indicators of the activity of operating theatre. We conducted a pilot study at the Hospital Dr. José de Almeida in Cascais.

OBJECTIVE: To understand the cancellation fees on the day of surgery.

METHODOLOGY: A descriptive longitudinal, retrospective, quantitative, to surgeries scheduled between January 1 and March 31, 2012. We used descriptive statistics and statistical inference to test the independence of variables.

RESULTS: 1524 surgeries scheduled, canceled 205, with 100 cancellations on the day. The results show overall cancellation rates (13.45%), inferior to provided by the Ministry of Health from 2008, 2009 and 2010, with 28.4%, 26% and 26.6% respectively, however the rates cancellation on the day are similar 48.78% in the study, and between 44.1% and 50.5% in the data of the Ministry of Health. International studies consulted revealed rates between 0.34% (overall) in China (Sung, 2010) and 30.3% (cancellation on the day) in India (Garg, 2009).

CONCLUSION: The allocation of the reason for cancellation is made to the "service / hospital" or "client", the client has a low rate of charging of the reason for cancellation. We found a relation of dependence between variables, with the exception of the relationship between the cancellation date and surgical specialty. Thus, it is appropriate to conduct a more thorough and comprehensive study of this phenomenon in health institutions in Portugal.

KEYWORDS - Cancellation; Surgery; Causes, Date.

INDICE

1	INTRODUÇÃO	12
2	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.1	DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	17
2.1.1	A qualidade na Saúde	17
2.1.2	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)	19
2.1.3	Bloco Operatório	21
2.1.3.1	Recursos humanos	21
2.1.3.1.1	<u>Anestesiologista</u>	22
2.1.3.1.2	<u>Cirurgião</u>	22
2.1.3.1.3	<u>Enfermeiros</u>	23
2.1.3.1.4	<u>Assistentes Operacionais</u>	24
2.1.3.2	Estrutura, localização e dimensões	24
2.1.3.3	Cirurgia	26
2.1.3.3.1	<u>Cirurgia de ambulatório</u>	26
2.1.3.4	Cancelamento de cirurgia	27
2.1.3.4.1	<u>Cancelamento de Cirurgia no próprio dia</u>	27
2.1.3.5	Definição de tempos operatórios	28
2.2	REVISÃO DA LITERATURA	28
2.2.1	Taxas de cancelamentos	29
2.2.2	Causas dos cancelamentos	35
2.2.3	Evitabilidade e estratégias de ação	40
3	ESTUDO PILOTO	49
3.1	APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	50
3.1.1	Objetivos do estudo	50
3.1.2	Metodologia	51
3.1.2.1	Tipo de estudo	51
3.1.2.2	População alvo e amostra	51
3.1.2.3	Método, técnica e instrumento de colheita de dados	52
3.1.2.4	Colheita e tratamento dos dados	52
3.1.3	Cronograma	53
3.1.4	Limitações e implicações éticas	53
3.2	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS COM COMENTÁRIOS	54
3.3	DISCUSSÃO	74
3.4	CONCLUSÕES	79
4	CONCLUSÃO	82
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
7	ANEXOS	92
	Anexo I - Definição de tempo operatório	
	Anexo II - Dados fornecidos pela ACSS e do estudo piloto (em CD)	
	Anexo III - Compilação dos dados fornecidos pela ACSS	
	Anexo IV - Quadros comparativos dos estudos consultados	
	Anexo V - Pedido de autorização para a realização do estudo no Hospital Dr. José de Almeida em Cascais	

LISTA DE SIGLAS

ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
AESOP	Associação Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ASA	Classificação de risco anestésico da Sociedade Americana de Anestesiologia
ASA	American Society of Anesthesiology
BO	Bloco Operatório
CID-09-MC	Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica
C&AG	Controller and Auditor General
C.	Cirurgia
D.R.	Diário da República
Dr.	Doutor
ECG	Electrocardiograma
EFQM	European Foundation for Quality Management
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPC	Entidade Pública Contratante
EUA	Estados Unidos da América
EPE	Entidade Pública Empresarial
GDH	Grupo Diagnósticos Homogénios
h	Hora
HSM	Hospital de Santa Maria
HTA	Hipertensão Arterial
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional
IOM	Institute of Medicine
KPI	Key Performance Indicator
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
m2	metro quadrado
MS	Ministério da Saúde
nº	Número
Nº	Número

NHS	National Health System
OE	Ordem dos Enfermeiros
ORL	Otorrinolaringologia
p	Valor estatístico de independência
p.	Página
PACO	Plano de Acesso à Cirurgia Oftalmológica
PERLE	Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera Cirúrgicas
PPA	Programa para a Promoção do Acesso
PPP	Parceria Público-Privada
R.T.	Recomendação Técnica
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC	Sistema Informático de Gestão de Listas de Inscritos para Cirurgia
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SONHO	Sistema de Informação para a Gestão de Pacientes Hospitalares
SPSS	Statistical Product and Service Solutions.
TME	Tempo Médio de Espera
UCGIC	Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCPA	Unidade de Cuidados Pós Anestésicos
URO	Urologia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
vs	Versus
<	menor que
>	maior que
%	Percentagem

INDICE DE QUADROS

		Página
1	Atividade cirúrgica programada e cancelamentos em 2008, 2009 e 2010, nos hospitais portugueses	31
2	Comparação das principais causas de cancelamentos no dia por especialidade	65

INDICE DE TABELAS

Nº	Descrição	Página
1	Relação de cirurgias agendadas, cancelamentos globais e cancelamentos no próprio dia.	55
2	Resultados das cirurgias agendadas e cancelamentos globais e Cancelamentos no próprio dia	56
3	Cancelamentos no global de todas as especialidades cirúrgicas, por motivo.	58
4	Resultados de Cancelamentos no global de todas as especialidades cirúrgicas, por motivo	61
5	Resultados de cancelamentos no global de todas as especialidades cirúrgicas, por motivo, após agrupamentos de variáveis	62
6	Cancelamentos no próprio dia, de todas as especialidades, por motivo	63
7	Resultados de cancelamentos no próprio dia de todas as especialidades cirúrgicas, por motivo	66
8	Imputabilidade dos motivos de cancelamentos no próprio dia por especialidade cirúrgica	68
9	Resultados agrupados da imputabilidade dos motivos de cancelamentos no próprio dia por especialidade cirúrgica	69
10	Resultados de data do cancelamento cirúrgico por especialidade cirúrgica	69
11	Resultados de data de cancelamento por motivo de cancelamento.	71
12	Resultados agrupados de data de cancelamento por motivo de cancelamento,	73

INDICE DE GRÁFICOS

Nº	Descrição	Página
1	Relação entre agendamentos, cancelamentos globais e cancelamentos no próprio dia por especialidade	56
2	Motivos de cancelamento globais por especialidade	60
3	Motivo de cancelamento no próprio dia por especialidade cirúrgica.	67
4	Imputabilidade dos cancelamentos no próprio dia por especialidade cirúrgica	68
5	Data do cancelamento por especialidade cirúrgica	70
6	Relação de data de cancelamento por motivo de cancelamento	72

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
AESOP	Associação Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ASA	Classificação de risco anestésico da Sociedade Americana de Anestesiologia
ASA	American Society of Anesthesiology
BO	Bloco Operatório
CID-09-MC	Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica
C&AG	Controller and Auditor General
C.	Cirurgia
D.R.	Diário da República
Dr.	Doutor
ECG	Electrocardiograma
EFQM	European Foundation for Quality Management
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPC	Entidade Pública Contratante
EUA	Estados Unidos da América
EPE	Entidade Pública Empresarial
GDH	Grupo Diagnósticos Homogénios
h	Hora
HSM	Hospital de Santa Maria
HTA	Hipertensão Arterial
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional
IOM	Institute of Medicine
KPI	Key Performance Indicator
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
m²	Metro quadrado
MS	Ministério da Saúde
nº	Número
Nº	Número

NHS	National Health System
OE	Ordem dos Enfermeiros
ORL	Otorrinolaringologia
P	Valor estatístico de independência
p.	Página
PACO	Plano de Acesso à Cirurgia Oftalmológica
PERLE	Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera Cirúrgicas
PPA	Programa para a Promoção do Acesso
PPP	Parceria Público-Privada
R.T.	Recomendação Técnica
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC	Sistema Informático de Gestão de Listas de Inscritos para Cirurgia
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SONHO	Sistema de Informação para a Gestão de Pacientes Hospitalares
SPSS	Statistical Product and Service Solutions.
TME	Tempo Médio de Espera
UCGIC	Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCPA	Unidade de Cuidados Pós Anestésicos
URO	Urologia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
vs	Versus
WHO	World Health Organisation
<	Menor que
>	Maior que
%	Percentagem

1 INTRODUÇÃO

Quando se fala em saúde e economia ou gestão em Saúde, é fundamental não esquecer que a Saúde é um bem universal, único e precioso, que requer inúmeros recursos humanos, com formação específica, recursos físicos e estreita relação com os diferentes sectores: sociais, económicos, financeiros e tecnológicos.

A prestação dos serviços de saúde, pela particularidade de que se reveste o bem Saúde, determinada características específicas para as organizações. Henriques (2008) citando Williamson *et al* (1996), identifica um conjunto de seis características que, cumulativamente, definem a problemática das organizações de saúde:

1. Os serviços prestados pelas organizações de saúde são geralmente inadiáveis e vitais para a sociedade;
2. Apesar de estarem largamente fora do controlo da gestão, os médicos são responsáveis pela maioria do trabalho aplicado;
3. Para além dos médicos, outros grupos profissionais prestam serviços que são interdependentes num nível elevado;
4. O trabalho tende a ser muito individualizado, o que torna ainda mais difícil a tentativa de criar ganhos de eficiência por parte de qualquer administração;
5. A qualidade do trabalho prestado é de difícil avaliação;
6. O fornecedor de cuidados de saúde vê-se muitas vezes confrontado com um ambiente político, económico, social e tecnológico, dinâmico, complexo e até conflituoso.

Estes autores concluem que “Todas estas características colocam as organizações de saúde entre as mais difíceis de gerir estrategicamente”. (Henriques (2008) citando Williamson *et al* (1996)). O termo ‘qualidade’ em saúde tem implicações diferentes de outras atividades e, como tal, surgem definições específicas aplicadas à prática dos cuidados de saúde.

O *Institute of Medicine (IOM)* dos Estados Unidos da América define qualidade como “O grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e as populações aumentam as probabilidades de obter os resultados esperados de saúde e são coerentes com o conhecimento profissional corrente”, o documento *"Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century"*, (IOM, 2001) refere que os cuidados de saúde devem ser: **Seguros, Eficazes, Centrados no paciente, Atempados, Eficientes e Equitativos.**

A realização das cirurgias programadas na data marcada e dentro de todas as condições de segurança requeridas é sinónimo de qualidade na prestação de cuidados.

Os cuidados de saúde consomem uma fatia considerável dos recursos do País, como tal é um dos pontos críticos de qualquer política, em qualquer país.

“Portugal alcançou um posicionamento relativo positivo do seu sistema de saúde em termos internacionais. No entanto, como acima se refere no âmbito da 1.ª Grande Opção do Plano, a respectiva sustentabilidade financeira está neste momento em causa na medida em que as despesas têm crescido acima das receitas disponíveis para as financiar.

É pois, fundamental levar a cabo uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, não apenas pelo objetivo da sustentabilidade mas porque esta é absolutamente necessária para continuar a garantir o direito à proteção da saúde, o que implica reforçar os princípios da responsabilização pelos resultados, da transparência da gestão dos dinheiros públicos e o da imparcialidade objetiva e eficaz das decisões de política de saúde, bem como cumprir os seguintes objetivos estratégicos:

- Continuar a melhorar a qualidade e o acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, quer ao nível da organização quer ao nível da prestação;*
- Fomentar um maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão ativa do sistema;*
- Aprofundar a cooperação no domínio da saúde com a CPLP e a União Europeia.”*

(Diário da República, 1.ª série — N.º 250 — 30 de Dezembro de 2011 5538-(45))

No caso do sector da saúde, o Orçamento de Estado (OE) 2012 indica verba para o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 2011 que era de 8251,8 milhões de euros, e, para 2012 o valor é de 7498,8 milhões de euros (Pita Barros, 2011). Assim verificamos que o Orçamento de estado para 2012 compromete-se com uma redução da despesa de cerca de 1,000 milhões de euros.

O SNS permitiu uma enorme melhoria na qualidade de vida dos portugueses, nos seus 30 anos de existência. Contudo, o crescimento dos custos - muito acima do crescimento da economia - ameaça a qualidade e universalidade do SNS.

Para garantir esta qualidade e universalidade, o Governo tem que reduzir as despesas, promover uma melhor utilização dos recursos disponíveis, evitando desperdícios, ou seja, melhorando a gestão, a transparência e a responsabilização pelo uso do dinheiro dos cidadãos.

O Despacho n.º 10783-A/2011, publicado em 31 de Agosto, em Diário da República (D.R.), fixa a meta de referência para a redução dos custos operacionais dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde integrados no sector empresarial do Estado para 2012.

O diploma determina que a meta de referência para a redução dos custos operacionais dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde integrados no sector empresarial do Estado, seja desde já revista e fixada num valor inferior em 11% face ao valor de 2011.

Com a passagem dos hospitais a Entidades Públicas Empresariais (EPE) e a Parcerias Público- Privadas (PPP), as administrações assumem uma visão empresarial na gestão do Hospital, com racionalização de despesas e melhoria da eficiência da organização, dos prestadores e dos recursos.

A contratualização hospitalar assenta num contrato programa, entre o hospital e o Ministério da Saúde, que indica a produção cirúrgica que o hospital pretende concretizar no ano a que se refere.

O hospital é financiado, em parte, pelos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH's) cirúrgicos, o que leva a que parte deste financiamento esteja dependente do funcionamento direto do Bloco Operatório (BO), logo, da gestão aplicada a este serviço, considerado um dos serviços mais dispendiosos do Hospital, mais de 10% do orçamento hospitalar (Macario et. al. 1995).

Um estudo realizado em Inglaterra por Pandit et. al (2006) revela-nos que cerca de 46% dos pacientes encaminhados para o hospital com vertente cirúrgica, são submetidos a intervenções cirúrgicas.

A produção e os resultados de um hospital estão diretamente ligados à eficácia e eficiência do BO, que é o ponto de convergência de numerosas atividades e está em cadeia direta ou indireta com quase todas as atividades desenvolvidas no Hospital. A sua gestão e organização requerem uma estruturação, adequação e adaptação ao contexto, para que o seu funcionamento face à capacidade instalada esteja dentro dos parâmetros esperados. Apresenta-se (Martins, 2003) como um dos principais alvos da contenção de despesas. O BO tem, por si só, custos fixos elevados, devido à especificidade das instalações e equipamentos, em constante inovação tecnológica, assim como pelos seus recursos humanos muito especializados, como tal, os custos relacionados com as intervenções cirúrgicas têm vindo, ao longo dos tempos, a aumentar significativamente.

Como referem Epstein & Dexter (2002) alguns estudos têm concluído que é necessário utilizar estratégias de redução dos custos nas unidades cirúrgicas, propondo diferentes métodos para atribuição dos tempos operatórios e marcação das cirurgias, de modo a assegurar a maximização da utilização dos tempos do Bloco Operatório. Um correto planeamento cirúrgico, optando-se por uma correspondência da disponibilidade de sala e do pessoal e por uma eficiente utilização das salas operatórias, pode viabilizar serviços adequados e acessíveis para os pacientes, mesmo com recursos limitados.

Se o funcionamento de um hospital depende, em parte, do funcionamento do Bloco Operatório, este, no entanto, depende diretamente dos restantes, fazendo com que exista uma simbiose natural e dinâmica que implica uma ótima coordenação entre todos para a concretização dos objetivos comuns, tanto do hospital como de cada serviço individualmente.

A organização do bloco operatório não se limita apenas à gestão de recursos materiais e humanos para a produção de um produto final. É antes, uma gestão elaborada e estruturada da concretização

de objetivos específicos, que foram definidos em função da capacidade de produção e das condições a montante e a jusante da utilização deste serviço. Esta gestão assenta, também, na promoção de um ambiente e de condições de trabalho favoráveis que induzam altos níveis de satisfação profissional e de envolvimento em todo o projeto do serviço.

Um dos seus pontos frágeis estará na impossibilidade de rentabilização dos recursos ou dificuldade de redução do desperdício, quando nos deparamos com cancelamentos cirúrgicos e nomeadamente de cancelamentos de última hora, em que por vezes o paciente já se encontra no espaço físico do Bloco, a sala já está preparada para o procedimento a que o paciente vai ser submetido e toda a equipa está focalizada nesse paciente.

A taxa de utilização e a taxa de cancelamentos são indicadores clássicos da atividade dos Blocos Operatórios e são também referidos como indicadores de processo que fornecem evidências da eficácia do sistema e da eficiência do Bloco Operatório.

A taxa de cancelamentos é considerada também um indicador de qualidade, os hospitais acompanham e reportam este valor para a tutela regularmente.

O cancelamento de uma cirurgia agendada acarreta prejuízos para o paciente e para a instituição, atraso na programação cirúrgica e ainda prejuízos para os outros pacientes que aguardam a sua vez; implica um custo operacional e financeiro para a instituição, tendo repercussões negativas no atendimento da população, principalmente dos grupos de mais baixos rendimentos que dependem dos serviços públicos para a satisfação das suas necessidades de saúde.

A realização de uma cirurgia é um acontecimento importante na vida de uma pessoa que encerra um significado próprio, já que através dela, essa pessoa espera viver de forma mais saudável, com melhor qualidade. Requer uma preparação prévia do paciente e dos seus familiares que, muitas vezes, necessitam afastar-se dos seus empregos, dos seus lares e da sua vida normal por algum tempo, mobilizando recursos físicos, emocionais e até financeiros para enfrentar esse momento.

Qualquer cirurgia, mesmo a que é realizada por opção do indivíduo, cuja não realização não implicaria prejuízos para a sua saúde, tem um importante significado e pode interferir com o seu estado emocional, significa uma agressão à pessoa, uma ameaça à sua integridade física e emocional.

A suspensão de uma intervenção cirúrgica é uma ocorrência significativa que nem sempre tem recebido a devida atenção por parte da equipa de saúde, bem como das administrações hospitalares. É muitas vezes encarado como acontecimento rotineiro, inerente à estrutura organizacional e funcional da instituição.

Sob a óptica institucional, a programação de uma cirurgia envolve um número considerável de recursos humanos especializados (Cirurgiões, Anestesiologistas, Enfermeiros, Assistentes, entre outros), além de grande quantidade de materiais e equipamentos especializados.

Se as operações são canceladas, as salas operatórias são subutilizadas, a eficiência é comprometida, a lista de espera cirúrgica aumenta, e os custos sobem em flecha em primeira linha para a instituição em causa e em segunda linha para todo o país. Evitar o cancelamento é um passo essencial para reduzi-los.

No entanto, é importante referir que no caso da Unidade Hospitalar optar pela não existência de recursos físicos e humanos afetos apenas à urgência no período de funcionamento normal (período em que estão a realizarem-se cirurgias programadas), o cancelamento de cirurgias pode ser ditado pelo critério da prioridade cirúrgica determinado pela situação clínica do paciente, e, nesta situação a subutilização e os custos são ponderados e assumidos à priori pela instituição.

Será importante que qualquer estudo a realizar tenha em consideração o modo como está organizada a dinâmica do Bloco e a existência de recursos para situações de carácter urgente/emergente.

Koljonen et al (2007) calcularam que por cada cirurgia cancelada no próprio dia há um desperdício de recursos humanos de cerca de 412,50 libras e que durante 10 semanas se desperdiçaram 76h e 38 minutos de utilização de sala operatória, na unidade do Departamento de ORL do Hospital da Universidade Helsínquia na Finlândia. Este estudo que terá as suas limitações de valor para um país com características tão diferentes como Portugal, alerta para a problemática das razões e custos do cancelamento de uma cirurgia no próprio dia.

Constata-se pela revisão de literatura que o estudo do fenómeno cancelamento da cirurgia no próprio dia contempla vários aspectos que, com certeza, não serão esgotados numa única abordagem. Considera-se necessário desvelar o acontecimento para que se possa intervir na prevenção da suspensão do ato cirúrgico, ainda que se saiba que haverá circunstâncias tais em que as mesmas continuarão a ocorrer.

Com este trabalho propõe-se uma breve definição de conceitos, uma exaustiva revisão da literatura sobre esta problemática, a apresentação de um estudo piloto e a apresentação de um projeto de investigação.

Ao longo do estudo, as cirurgias agendadas podem ainda ser denominadas de programadas e/ou eletivas e o paciente pode também ser denominado de utente ou doente.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo faz-se uma breve definição de conceitos ligados ao bloco operatório e uma exaustiva revisão da literatura sobre esta problemática.

2.1 DEFINIÇÕES DE CONCEITOS

Para que se torne mais fácil a compreensão de toda a problemática, para aqueles que no âmbito dos seus conhecimentos não estão familiarizados com as Unidades Cirúrgicas – Blocos Operatórios.

2.1.1 A qualidade na saúde

A qualidade na saúde apresenta particularidades em relação à qualidade nas outras indústrias.

Donabedian (1984) refere que os modelos ‘industriais’ pecam por:

- Não têm em conta a particularidade da relação utente - prestador de cuidados de saúde;
- Não têm em conta as particularidades dos prestadores de cuidados de saúde: o conhecimento, as motivações, as habilidades;
- Têm tendência para desvalorizar as atividades clínicas e valorizar as atividades de apoio;
- Desvalorizam a importância do ensino para a saúde e a monitorização de saúde continuada.

O mesmo autor refere que os serviços de saúde podem aprender com os modelos ‘industriais’:

- A necessidade de considerar as necessidades, valores e exigências dos clientes;
- O reconhecimento de que os sistemas e os processos são críticos para a qualidade;
- A necessidade de estender a auto-avaliação e autodeterminação aos diferentes profissionais da organização;
- A necessidade de aumentar o papel da administração na qualidade;
- A necessidade de desenvolver instrumentos de controlo específicos aos serviços de saúde;
- A necessidade de investir na formação para o controlo e para a garantia da qualidade.

O termo ‘qualidade’ em saúde tem implicações diferentes das que tem noutras atividades. Pela sua particularidade, surgem definições específicas aplicadas à prática dos cuidados de saúde.

O IOM (2001) dos Estados Unidos da América define qualidade como “O grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e as populações aumentam as probabilidades de obter os resultados esperados de saúde e são coerentes com o conhecimento profissional corrente”, Mezomo (2001) define os seguintes atributos para a avaliação da qualidade nos serviços de Saúde:

1. Eficácia: obtenção de melhoria de saúde. Este conceito é definido por Pereira (2004) como “Os resultados ou consequências de um tratamento, medicamento, tecnologia, ou programa de saúde

desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal”;

2. Efetividade: Pereira (2004) define-a como “Os resultados ou consequências de determinado procedimento ou tecnologia médica quando aplicados na prática”, e acrescenta que “A efetividade dum programa de saúde distingue-se da sua eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais, enquanto o segundo termo se aplica apenas aos resultados obtidos em condições ideais”;

3. Eficiência: relaciona os recursos aplicados com os resultados obtidos. Pereira (2004) refere que “A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado”;

4. Otimização: é o resultado do equilíbrio ideal entre os custos e a melhoria de saúde alcançada;

5. Aceitabilidade: diz respeito ao alinhamento entre as expectativas dos pacientes e os cuidados prestados;

6. Legitimidade: relacionada com as normas legais e a sua conformidade nas práticas desenvolvidas pela organização;

7. Equidade: refere-se à honestidade na distribuição dos recursos. Pereira (2004) distingue a equidade horizontal, aquela que estabelece tratamento igual para pessoas em situação igual, da equidade vertical, em que deverá haver tratamento apropriadamente desigual para pessoal em situações diferentes.

Ransom et al (2004) citado por Henriques (2008) caracterizam os atributos da qualidade dos serviços de saúde: Performance técnica, gestão das relações interpessoais, condições (de hotelaria e físicas) da prestação de cuidados, resposta às preferências dos pacientes, eficácia e eficiência de custos.

Para as diferentes entidades envolvidas, os atributos têm uma importância diferente.

Assim, de acordo com estes autores, os médicos tendem a enfatizar os aspectos técnicos, enquanto para as entidades financiadoras a eficiência é a de maior relevância. Como seria de esperar o respeito pelas preferências dos pacientes é mais valorizada pelos próprios.

O documento "*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*", da IOM (2001), apresenta as seis dimensões da qualidade na saúde, referindo que os cuidados devem ser:

- **Seguros:** no sentido de evitar lesões ao paciente em resultado dos cuidados prestados;
- **Eficazes:** através da prestação de cuidados de saúde assentes em bases científicas para aqueles que podem beneficiar deles, e não os aplicando aqueles em que se espera não haver benefício;
- **Centrados no paciente:** através da prestação de cuidados de saúde respeitando a individualidade do paciente, as suas preferências, necessidades e valores, e assegurando que são os valores dos pacientes a orientar todas as decisões clínicas;
- **Atempados:** através da redução das esperas e atrasos que podem ser danosos tanto para os

que recebem como os que prestam os cuidados;

- **Eficientes:** evitando o desperdício especialmente de equipamento, bens, ideias e energia;
- **Com Equidade:** através da prestação de cuidados que não variem em qualidade em função das características do paciente, tais como o sexo, grupo étnico, localização geográfica, ou situação socioeconómica.

Ransom *et al* (2004) referidos por Henriques (2008) categorizou os “defeitos” da Qualidade na Saúde, como:

- **Sobre utilização** - corresponde às situações em que se recorre à utilização de recursos sem que tal seja necessário. É o exemplo de realização de meios complementares de diagnóstico sem que a sua necessidade exista.
- **Mau uso** - a má utilização corresponde às situações em que se realiza o procedimento errado, ou tratando-se do procedimento adequado este é mal desempenhado.
- **Subutilização** - corresponde às situações em que não se verifica a mobilização de recursos que deveriam ter sido empregues. É o exemplo do cancelamento de cirurgias agendadas, no dia do agendamento ou que não são susceptíveis de substituição. A excluir os casos da não existência de recursos afetos apenas a situações de urgência.

2.1.2 Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia - SIGIC

Através da Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, publicado a 24 de Junho 2004 foi criado um “Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)” com o objetivo de “minimizar o período que decorre entre o momento em que um paciente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorra dentro do tempo clinicamente admissível”, dando resposta à tradicional falta de informação relativa às listas de espera cirúrgicas.

Comporta vários recursos, entre os quais o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC)

O seu Regulamento foi aprovado pela Portaria n.º 1450/2004 de 25 de Novembro e, de novo, pela Portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro.

A resposta programada e organizada às listas de espera cirúrgica iniciou-se em 1994 com o Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE).

Seguiu-se-lhe o Programa para a Promoção do Acesso (PPA) em 1998.

Sucedeu-lhe o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) entre 2002 e 2004).

Mais recentemente, em 2008, foi lançado o Plano de Acesso à Cirurgia Oftalmológica (PACO).

O Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia versão 3 de 15-2-2005, o SIGIC assenta em 5 grandes princípios:

- Garantia de tratamento dentro de um período definido de acordo com regras claras;
- Maior compromisso do Hospital expresso pela emissão de um certificado de inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia;
- Maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado com a assinatura do consentimento para a inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia;
- Maior uniformidade do processo, garantindo, através da publicação de um regulamento processual, a uniformização do tratamento dos utentes com necessidade de terapêutica cirúrgica;
- Maior controlo e transparência através da constituição de estruturas reguladoras a três níveis: Hospitalar, Regional e Nacional.

E tem como objetivos: “Redução do tempo médio de espera para cirurgia”; “Controlo do tempo máximo de espera para a realização da cirurgia”; “Rentabilização da capacidade instalada dos hospitais públicos” e “Clareza e uniformidade nos critérios de realização de intervenções cirúrgicas”.

O SIGIC, de acordo com o Manual deve promover uma gestão otimizada do Bloco operatório e dos serviços cirúrgicos, para que haja a garantia da utilização e adequação correta dos recursos disponíveis, evitando estrangulamentos no processo. Para isso é necessário que exista uma programação cirúrgica com agendamento.

Compete ao Hospital e nomeadamente aos Serviços Cirúrgicos:

- Propor os utentes para intervenção cirúrgica consoante as normas do manual de gestão de inscritos para cirurgia;
- Reavaliar a situação e a sua indicação cirúrgica, se necessário;
- Manter atualizado o catálogo de procedimentos cirúrgicos associados à Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC).
- Proceder à seleção dos utentes para programação cirúrgica consoante critérios de antiguidade e prioridade;
- Construir uma programação cirúrgica tendo em conta os objetivos estabelecidos com o Conselho de Administração do Hospital;
- “Gerir a disponibilidade do Bloco Operatório em função da procura e da lista de procedimentos de cada uma das especialidades cirúrgicas de forma a otimizar a gestão dos tempos de espera da respectiva lista de inscritos para cirurgia” (Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia versão 3 de 15-2-2005).

2.1.3 Bloco Operatório

O conceito Bloco Operatório engloba inúmeros aspectos complexos do ponto de vista: arquitetónico, técnico, de segurança, de controlo de infecção hospitalar, de gestão, de finalidade, de recursos humanos e materiais, entre outros, como tal é um conceito de difícil definição.

O BO é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de ordem variada:

- Para o paciente, que se submete a cirurgia invasiva e procedimentos anestésicos, cujas necessidades estão devidamente identificadas;
- Para os restantes profissionais da equipa, para quem o foco de atenção é o conjunto dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos que garantam ao paciente cirúrgico o usufruto do melhor que a cirurgia a que se submete pode proporcionar.

A AEOSOP (2006) define-o como uma “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a pacientes total ou parcialmente dependentes, como o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.” Um Bloco Operatório é constituído por Salas de Operações, unidades imobiliárias com o fim de realizar intervenções cirúrgicas, parte integrante de uma Suite Operatória, juntamente com o local de desinfecção, salas de apoio e sala de indução anestésica.

A Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT) define Bloco Operatório como uma unidade orgânico-funcional “constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinados à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requerem elevado nível de assepsia e em geral anestesia.”(Portugal. MS. ARSLVT, 200:1)

As principais finalidades de um Bloco Operatório são:

- Cuidados no tratamento de patologia específica ou associada;
- Manutenção da integridade física;
- Satisfação das necessidades físicas e psíquicas do paciente.

Sendo um serviço que afeta grandes consumos e muitos profissionais especializados, o Bloco Operatório tem, como qualquer sector, custos fixos associados que, segundo Pereira (2004), são custos, que independentemente da produção, não são susceptíveis de alteração a curto prazo. Existem também os custos variáveis, e esses sim, dependentes da produção, onde mais facilmente poderemos atuar, na medida de prevenção de gastos desnecessários, como é o caso dos consumíveis utilizados pela cirurgia, ou mesmo o tipo de tecnologia utilizada, ou ainda o desperdício.

2.1.3.1 Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar do Bloco Operatório comporta dois tipos de pessoal:

- fixo: Enfermeiros e Assistentes Operacionais;
- rotativo: Médicos (Cirurgiões e Anestesiologistas), Técnicos de Diagnóstico e outros.

O pessoal fixo é considerado como os profissionais que estão afetos ao serviço, isto é, que estão registados no centro de custos desse serviço ou departamento.

O pessoal rotativo pertence a outro departamento ou serviço, como por exemplo, os Anestesiologistas que fazem parte do Serviço de Anestesia, os Cirurgiões que estão afetos aos serviços da respectiva especialidade cirúrgica, que exercem as suas funções tanto no Bloco operatório como nas consultas de especialidade, assim como nas próprias enfermarias e cuidados intensivos.

O pessoal rotativo no Bloco Operatório é destacado em determinados dias da semana para dar continuidade ao trabalho realizado noutros locais, exercendo assim as funções que lhe competem dentro do Bloco Operatório, podendo ser considerados como utilizadores do Bloco Operatório, independentemente do tempo que os profissionais dispõem no Bloco Operatório.

2.1.3.1.1 Cirurgião

É o responsável pela referenciação do paciente para o procedimento cirúrgico, tendo em conta de que é ele quem é responsável pelo diagnóstico cirúrgico diferenciado.

O cirurgião examina o paciente, realizando uma avaliação acerca dos riscos da intervenção, o tipo de técnica mais adequada, tendo em conta o estado global do paciente, estudando a história clínica, conjuntamente com os seus pares, nomeadamente colegas da especialidade e anestesiologistas, pedindo, sempre que necessária, a avaliação de outros especialistas.

É responsável pelo ato cirúrgico e também pelos cuidados prestados ao paciente durante o seu internamento, que tenham sido estabelecidos ou indicados por ele, prescrevendo assim cuidados pré e pós-operatórios adequados a cada situação, seguindo o paciente em todo o seu percurso.

O médico cirurgião pode realizar diversas cirurgias dentro de sua especialidade, sendo muitas vezes especializado numa área, podendo também dedicar-se à investigação dentro da sua especialidade. (IEFP, 2001)

2.1.3.1.2 Anestesiologista

Anestesia (do grego: *αν, an* -"sem" e *αἴσθησις, aisthēsis* -"sensação"), significa, tradicionalmente, a situação de ter as sensações bloqueadas (inclusive a sensação de dor) ou temporariamente afastadas. Isto permite aos pacientes serem submetidos a cirurgias ou outros procedimentos, sem stress ou dor. Outra definição é a perda reversível da consciência, quer seja a perda total (na sequência de uma anestesia geral) ou a perda de consciência de parte do corpo, como a anestesia

loco-regional (espinhal ou bloqueio nervoso) podem provocar. (Pegado, 2010)

A Anestesiologia, como especialidade médica, trata a dor, controla o nível de consciência e assegura o conforto, o bem-estar e as funções vitais do paciente durante as intervenções cirúrgicas, exames complementares de diagnóstico e terapêutica e a execução de outras técnicas e tratamentos invasivos. A atuação do anestesiologista está presente nas diferentes fases: pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória, e ainda, é relevante noutros serviços hospitalares, estando muitas unidades de cuidados intensivos entregues à Anestesiologia. (Tavares (2008), citado por Pegado (2010)).

Segundo a *American Society of Anesthesiologists* (ASA), 2009, os Anestesiologistas devem:

- 1) Providenciar uma avaliação médica contínua do paciente;
- 2) Monitorizar e controlar as funções vitais do paciente – frequência e ritmo cardíacos, respiração, pressão arterial, temperatura corporal e balanço dos fluidos orgânicos;
- 3) Controlar a dor e nível de consciência do paciente, para permitir as condições ideais à realização da cirurgia em segurança e ao seu sucesso.

Por cada sala operatória é necessária a presença de um anestesiologista: “A boa prática assistencial exige que o acompanhamento do paciente anestesiado ou sedado seja efetuado, em presença física junto do paciente, por um especialista de anestesiologia, devidamente inscrito no respectivo Colégio. (...) Não sendo aceitável o acompanhamento de mais do que um paciente em simultâneo ou a tutela de quem acompanha o paciente.” Só considera aceitável e excepcional a intervenção em mais do que um paciente anestesiado ou sedado em caso de emergência (com risco de vida) que imponha a intervenção imediata com os recursos disponíveis, ainda que não os ideais.

(Portugal. Ordem dos Médicos, 2007:24)

A Ordem dos Médicos (OM) (2007) recomenda que, antes das cirurgias os anestesiologistas realizem a visita pré-anestésica, e em regime de consulta externa, realizem avaliações dos utentes programados para cirurgia ou outros procedimentos invasivos. Os Anestesiologistas são também os responsáveis pelas Unidades de Cuidados Pós Anestésicos, vulgarmente conhecidas como “Recobro Anestésico”, que têm por finalidade proporcionar aos pacientes que foram operados, e ainda se encontrem sob o efeito das drogas anestésicas, um cuidado especializado, uma observação frequente e uma monitorização continuada, até à total recuperação da anestesia e à regularização das suas funções vitais.

2.1.3.1.3 Enfermeiros

Em Portugal não existe regulamentação das funções do enfermeiro no intra-operatório. A AEOSOP, sócio honorário da Ordem dos Enfermeiros, sugeriu boas práticas no exercício das funções.

A Ordem dos Enfermeiros emitiu um documento, em 2004, referente às funções do enfermeiro circulante, e está atualmente em elaboração o estudo preliminar para a criação da especialidade de enfermagem peri-operatória.

A AESOP (2004) recomenda que no BO existam, por sala de operações, três enfermeiros com conhecimentos e qualificações para exercerem as seguintes funções: Enfermeiro de Anestesia; Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista.

Na fase intra-Operatória as funções de cada enfermeiro são bem distintas, mas todos eles têm competências para desempenharem os três papéis, rotativamente, caso seja a política do BO em causa.

Os enfermeiros de BO têm como atribuições específicas a diminuição da exposição do paciente aos riscos inerentes aos cuidados prestados no BO, “pela promoção da segurança do paciente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico no que ao ambiente diz respeito” (OE, 2004).

Pela observação da prática diária, é necessária a existência de, pelo menos, um elemento com funções de coordenação para coordenar todo o processo logístico e a gestão de recursos materiais e humanos inerentes a cada cirurgia. Esta necessidade é especialmente importante nas especialidades mais complexas que envolvem uma série de material e de recursos humanos específicos que devem ser requisitados e conferidos atempadamente para que tudo se processe dentro da normalidade, sem interferir com o decorrer das outras cirurgias.

2.1.3.1.4 Assistentes Operacionais

Os Assistentes Operacionais têm como objetivo principal, no exercício da sua função “Colaborar, sob a orientação de técnicos de saúde, na prestação de cuidados aos utentes, na manutenção das condições de limpeza e higienização, nas instalações e no apoio logístico e administrativo, ao serviço e/ou unidade integrados em estabelecimentos de cuidados de saúde.” (Portugal. IEPF, 2007)

São os elementos responsáveis pela desinfecção e higienização dos espaços e equipamentos e têm um papel fundamental no controlo da infeção hospitalar.

2.1.3.2 Estrutura, Localização e Dimensões

Todos os Blocos Operatórios são diferentes, dependendo do tipo e idade de construção do edifício. Os hospitais que têm vindo a ser construídos de raiz tendem a projetar os seus serviços de acordo com as necessidades atuais e tendo em conta a sua expansão, são geralmente projetados para fazer face às necessidades durante cerca de 20 anos.

Não existe nenhum projeto arquitetónico de Bloco Operatório *standard*, nem que seja satisfatório de

todas as necessidades de cada especialidade cirúrgica.

No entanto, “os objetivos de todos os conceitos de projetos são a segurança do paciente e a eficiência operacional” (Pegado, 2010 citando Fuller, 1994).

Num Bloco Operatório circulam diferentes tipos de material (limpo, esterilizado, sujo e contaminado) e de pessoas (profissionais e pacientes). Os circuitos devem estar definidos para que se reduza ao máximo o cruzamento de circuitos e a sua estrutura deve estar preparada com zonas limpas e zonas sujas que devem ser respeitadas e os seus circuitos mantidos fechados, para que não se verifique contaminação de zonas limpas ou estéreis.

Deverá estar localizado numa área independente da circulação geral do hospital, mas deve ser localizado de forma a existir uma fácil e direta comunicação com os principais serviços com quem interage: internamentos, urgências, Unidade de Cuidados Intensivos e esterilização. Deverá ainda ter acesso controlado e obedecer aos protocolos estabelecidos.

Segundo a AESOP (2006), o Bloco Operatório deve conter quatro zonas que permitam definir corretamente os movimentos de pessoas e materiais: zona protetora, zona limpa, zona asséptica e zona suja, sendo essencial a definição de circuitos para estas zonas. Assim considera a existência de três grandes circuitos que deverão ter acesso diferenciado e separado:

- **Pacientes:** transporte do paciente da unidade de internamento até ao Bloco Operatório e do Bloco até ao local pós-cirúrgico;
- **Pessoal/Profissionais:** definir os procedimentos de mudança de roupa e espaço físico;
- **Materiais e equipamentos:** local de armazenamento e processos de separação de material estéril, tratamento e acondicionamento dos sujos e lixos, tal como o seu transporte adequado.

A distância entre o Bloco Operatório e a central de esterilização deve ser a mínima possível.

Em Portugal, o Decreto Regulamentar nº 63/9 de 2 de Novembro que “regula o licenciamento das unidades privadas de saúde” e contém um anexo referente a “Instalações e equipamentos mínimos a considerar no bloco operatório, para o efeito do artigo 15º”. (Decreto Regulamentar nº 63/9. D. R. Iª Série – B) e a RT 05/2011 da ACSS – Recomendações técnicas para o Bloco Operatório, sugerem que uma sala de operações deverá ter 36 m² com uma largura de 5,5 metros, no entanto, a sala de operações poderá ter 30 m² “quando na unidade privada de saúde existir urgência ou unidade de obstetrícia”, independentemente do tipo de cirurgia que se realize naquela sala de operação, coincidindo com a AESOP (2006) que refere ser necessário conhecer a utilização do mesmo para determinar dimensões, como tal o mínimo que uma sala de operação deverá ter é de 36 m² por 3 metros de altura e no máximo de 60 m² para especialidades mais complexas.

Pela observação *in loco* em várias instituições, cada sala operatória tem associada uma sala de pré-indução anestésica – onde o paciente aguarda a entrada na sala operatória e onde podem ser

realizados procedimentos e técnicas pré-operatórias; uma zona de desinfecção do pessoal e eventualmente uma sala de saídas de sujos e contaminados ou sala de limpos e esterilizados, dependendo da concepção do serviço e dos circuitos definidos.

À estrutura física está associada uma enorme panóplia de equipamentos técnicos que equipam cada sala: sistema de controlo de temperatura e humidade muito precisos, ar condicionado com fluxos laminares e inversos, rampas de gases, sistema de energia de emergência, entre outros, o que torna um Bloco operatório um espaço altamente diferenciado do resto do Hospital e consumidor de uma importante fatia dos recursos do Hospital.

Para uma gestão eficaz, é crucial o bom funcionamento do serviço e a operacionalidade de todos os componentes que interagem direta ou indiretamente com o Bloco, quer sejam os serviços a montante e a jusante, quer sejam os equipamentos técnicos, os recursos humanos ou ainda o modo como a programação da ocupação deste espaço é feita.

2.1.3.3 Cirurgia

A Cirurgia é a parte do processo terapêutico em que o médico cirurgião realiza uma intervenção manual ou instrumental no corpo do paciente, para tratamento de lesão, sendo caracterizada por três tempos principais:

- **Diérese:** divisão dos tecidos que possibilita o acesso à região a ser operada
- **Hemóstase:** paragem do sangramento
- **Síntese:** encerramento dos tecidos

Os procedimentos cirúrgicos poderão ser de várias naturezas: de diagnóstico, de tratamento eletivo, de prevenção, para aliviar sintomas, de cura, de reconstrução ou ainda de índole estética. (Rezende, 2009)

2.1.3.3.1 Cirurgia de ambulatório

É uma prática em expansão no mundo, nomeadamente nos serviços públicos de saúde que pressupõe a seleção de pacientes sob a satisfação de vários critérios clínicos e sociais. Define-se como: intervenção cirúrgica programada, em regime de admissão e alta do paciente no mesmo dia.

Apresenta inúmeras vantagens, a salientar: menor incidência de infeções adquiridas no meio hospitalar e por isso menor risco de complicações; benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para o utente e mais rápida reintegração sócio-profissional; redução das listas de espera nos Hospitais; maior eficiência na realização dos programas cirúrgicos e redução de custos. (M.S. HSM, 2012)

2.1.3.4. Cancelamento de cirurgia

Quando uma cirurgia agendada não é realizada, independente da data do cancelamento e do motivo, o Ministério da Saúde dá indicações aos Hospitais quanto à não realização de cirurgias agendadas: quando a cirurgia é cancelada por motivos alheios à vontade do utente, clínicos ou operacionais, o agendamento deve ser cancelado e não a cirurgia, pois o utente deverá ficar novamente disponível para agendamento, não devendo esta ser registada no sistema informático de Gestão de Pacientes Hospitalares (SONHO) e cancelada, uma vez que, estando associada a um agendamento e a uma inscrição, o sistema irá abater a respectiva inscrição da lista de inscritos, o que significa que a inscrição do utente é cancelada (situação que só deve ocorrer quando o utente falta à cirurgia sem apresentar motivo plausível ou não respeita o limite de faltas por motivo plausível).

Nestes casos, deve ser chamado o utente suplente para ocupar a vaga do Bloco ou encontrar um utente disponível para ocupar a vaga, se tal for possível. Na cirurgia de ambulatório, o paciente entra no próprio dia, como tal é difícil a substituição de um cancelamento, porque normalmente não existem pacientes suplentes, sob risco de *overbooking*, o que traria incómodos para os pacientes que não fossem operados.

A gestão do Bloco Operatório deve ser separada da gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia, isto é, quando fica uma vaga disponível no Bloco devido a uma situação imprevista, cujo motivo é alheio à vontade do utente, essa informação não deve ser registada no módulo do SONHO do Bloco, mas numa aplicação/papel criado para o efeito. O hospital deverá enviar posteriormente um relatório semestral com a gestão do Bloco à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC), no sentido da taxa de utilização do BO ser corretamente atualizada (MS, 2005). Os cancelamentos podem ocorrer devido a erros de programação administrativa, avaliação pré-operatória inadequada, preparação inadequada do paciente, falta de material e/ou equipamentos, indisponibilidade de recursos ou ainda por causa da falta de coordenação entre os diferentes departamentos envolvidos no funcionamento do Bloco Operatório. Os cancelamentos cirúrgicos podem ser considerados eventos adversos e devem ser monitorizados e auditados rotineiramente.

2.1.3.4.1 Cancelamento de cirurgia no próprio dia

Cirurgia cancelada, por motivos vários, no período das 24 horas que antecedem a data agendada. Schofield, et al (2005) definem o cancelamento no dia como qualquer operação que foi programada, quer na lista cirúrgica final para esse dia (gerada às 15.00h no dia anterior) ou foi subsequentemente adicionada à lista, e que não foi realizada nesse dia. Kumar & Gandhi (2012) partilham da mesma definição, embora no centro clínico onde elaboraram o estudo, a lista final seja gerada até às 14.00h do dia anterior.

2.1.3.5 Definição de tempos operatórios

O planeamento cirúrgico é indispensável para a gestão do Bloco Operatório e deve ser conhecido por todos e de uma forma geral, nomeadamente, se for elaborado pela equipa de gestão de bloco operatório, aceite por todos. Este planeamento cirúrgico deverá conter uma série de informação necessária aos preparativos cirúrgicos, para que tudo corra dentro do planeado. Entre essas informações deverá estar destacada a identificação do paciente, o procedimento, o local e o médico responsável, com a finalidade de evitar erros e minimizar danos aos pacientes de acordo com as recomendações da *WHO Check-List* cirúrgica (2008).

Um dos problemas da gestão do BO é a definição de tempo operatório, o qual não se cinge à duração do tempo cirúrgico, mas conta com vários procedimentos a montante e jusante que definem o tempo real necessário para que uma cirurgia seja realizada (Anexo 1).

Para uma gestão eficaz, é necessário conhecer os tempos de utilização dos recursos que traduziram as taxas de ocupação de sala, indicador considerado essencial para a monitorização da gestão de BO. O *turn-over*, tempo necessário para que a sala operatória fique operacional para receber um novo utente, foi constatado “in loco” e varia entre os 10 e os 30 minutos, sendo esta variação diretamente relacionada com a complexidade e necessidade de equipamentos específicos em cada cirurgia.

2.2 REVISÕES DA LITERATURA

Como ponto inicial para a revisão sistemática da literatura, foi formulada a pergunta de investigação: “Que fatores influenciam o cancelamento de cirurgias?”

A esta seguiram-se outras: Quais as especialidades onde a taxa de cancelamentos é superior? Como evitar que tal aconteça no espaço físico do BO?

As bases de dados eletrónicas observadas foram a EBSCO (*CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text*) e a PUBMED (*Full Tex*). Foram procurados artigos científicos em Texto Integral (data de publicação de 2005-01-01 a 2012- 12- 31), usando as seguintes palavras chave: *surgery AND cancellation (Narrow by Subject: Thesaurus Term) AND Surgery Cancellation on day (Full Text)*.

Desta pesquisa, surgiram 69 resultados dos quais se selecionaram 18 artigos, de acordo com os critérios: apresentação de taxas de cancelamento, taxas de cancelamento no dia da cirurgia e causas. Foram ainda consultados: os sites da Ordem dos Médicos, Ordem dos enfermeiros, Instituto Formação Profissional e Emprego, AESOP, Ministério da Saúde e várias publicações com referência à problemática em estudo. Foram solicitados à Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) dados sobre cancelamentos de cirurgias e cancelamentos no próprio dia, em Portugal, dados esses fornecidos de 2007 a 2011.

Em Portugal existem muito poucos estudos ou registos consultáveis sobre a realidade dos nossos

hospitais, talvez por uma cultura em que a ausência de registos impera, no entanto, noutros países alguns estudos têm sido realizados e o problema reveste-se de um carácter importante, com a formação de grupos de trabalho e a criação e desenvolvimento de estratégias para a diminuição dos cancelamentos das cirurgias programadas.

O Serviço Nacional de Saúde (NHS) no Reino Unido tem um *software* desenvolvido para monitorizar e informar sobre os cancelamentos cirúrgicos, incluindo os cancelamentos no próprio dia, em que uma variedade de estudos examinaram as razões para cancelamentos tardios com base na análise retrospectiva dos registos hospitalares (Schofield, 2005).

Em Portugal, quando uma cirurgia agendada não é realizada e é cancelada por motivos clínicos ou operacionais, alheios à vontade do utente, o agendamento deve ser cancelado, mas o utente deverá ficar novamente disponível para novo agendamento. A inscrição do utente é cancelada quando e só o utente falta à cirurgia sem apresentar motivo plausível ou não respeita o limite de faltas por motivo plausível. Apesar desta monitorização feita UGIC (MS, 2005) não existe um alerta para cancelamentos no próprio dia, já que estes são os mais penalizadores para o sistema e utente, quer pela dificuldade de substituição, quer pelos prejuízos económicos, financeiros, sociais e humanos.

Assim começo com a revisão da literatura sobre as taxas de cancelamentos encontradas em vários estudos, de seguida sobre as causas encontradas e as especialidades cirúrgicas mais afetadas e, por último, sobre as taxas de evitabilidade do fenómeno e as estratégias encontradas para a minimização deste problema.

2.2.1 Taxas de cancelamentos

Na revisão da literatura feita por Sung W. (2010) para o seu estudo encontrou alguns dados interessantes: as taxas de cancelamentos cirúrgicos são bastante variáveis por tipo de Hospital e por região, sendo que vários estudos reportam taxas em instituições do Canadá, Austrália, Inglaterra e Paquistão de 10%, 11,9%, 14% e 25% respectivamente, verificando-se que as taxas de cancelamento na sala de operações é bastante variável, por exemplo, entre *Stanford Medical Center* e o *University Hospital of Chicago* as taxas variam entre os 13% e os 5,3% respectivamente. Em *Stanford*, o tempo médio entre cirurgias é de 31 minutos, contudo, para cancelamentos inesperados este tempo aumenta para 1h e 37 minutos. Nos EUA, os custos de sala de operações foram estimados em 10 dólares por minuto que se traduz numa perda de receita de cerca de 600 dólares, em média, por hora. O adiamento de uma cirurgia aumenta os custos, prolonga a hospitalização e angústia dos pacientes e famílias. Um estudo sobre os cancelamentos de cirurgias pediátricas mostrou que 45% dos pais e 16% das crianças ficaram desapontados com o cancelamento, revelando sentimentos como angústia e frustração.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde, num artigo de Justo (2003), refere, com base num relatório realizado pelo *Controller and Auditor General* (C & AG) sobre o desempenho de 70 hospitais em Inglaterra e no País de Gales, ao longo de 3 anos, que não se realizam em média 150 mil cirurgias anualmente, como resultado do cancelamento decidido pelos gestores e médicos, sem razões aparentes para o efeito. Estes cancelamentos são cerca de 10% das sessões de cirurgia disponíveis, chegando a atingir 30%, nalguns hospitais. Entre as principais causas desta situação, o C & AG identificou a má utilização dos sistemas de informação - a pouca fiabilidade na contagem é responsável pela existência de um elevado número de falsos casos, cerca de 30%, mas chegando a 70% em alguns hospitais; o planeamento pouco rigoroso dos blocos operatórios; a fixação de metas muito ambiciosas para a redução das listas de espera; a falta de pontualidade das equipas cirúrgicas e o excesso de equipas em *part-time*. Além disso, muitos consumíveis eram entregues pelos fornecedores fora dos prazos acordados.

Na multiplicidade de fatores aqui apresentados devemos referir que, em Portugal, o início tardio dos planos operatórios do dia é um problema recorrente, e que, muitas vezes esses planos acabam por ser cumpridos, mas para além do horário previsto.

Lemos P. (2005) numa conferência em Viena, Áustria, em 2005, refere que: “Não há dados na literatura que descrevam a frequência de cancelamento de cirurgias no dia”.

No entanto, em Portugal, começa a ser feito um esforço para medir e assim poder avaliar e corrigir os cancelamentos tanto no geral como as cirurgias canceladas no próprio dia, embora existam ainda alguns factores que não estão documentados.

O peso da atividade cirúrgica realizada fora do tempo médio de espera (TME) (Relatório da atividade cirúrgica 2008, M.S 2010) e a taxa de cancelamento dos agendamentos, têm vindo a diminuir de forma considerável, o que mostra uma maior equidade e qualidade no acesso dos utentes ao tratamento cirúrgico.

Para analisar o comportamento dos cancelamentos de cirurgias em Portugal e nomeadamente dos cancelamentos no próprio dia, foram solicitados dados ao Ministério da Saúde e esses dados apresentam as seguintes observações: *“Foram considerados cancelamentos no próprio dia situações em que a data de cancelamento do agendamento é superior ou igual à data do agendamento. Foram apenas tidos em conta os utentes que já saíram da lista. Alertava para o fato de haver situações em que apesar do agendamento ter sido cancelado, a cirurgia ter ocorrido à mesma nesse dia, como poderá verificar. Outro fato é que há situações que a cirurgia é realizada antes da data do agendamento, daí decorrer o cancelamento do mesmo.”* (ACSS, informação recebida em 04/07/2012). (Anexo III)

Após compilação e análise dos dados, de 2008 a 2011, as taxas de cancelamento no próprio dia são

muito significativas em relação ao número de cirurgias canceladas.

Quadro 1 – Atividade cirúrgica programada e cancelamentos, em 2008, 2009 e 2010, nos Hospitais portugueses.

Atividade Cirúrgica	2008		2009		2010	
Cirurgia programada	455.503		431.947		405.747	
Casos de cancelamento	129 385	28,4%	112 412	26%	108 116	26,6%
Cancelamento no próprio dia	65 396	14,35%	54 044	12,5%	47 715	11,75%

Fonte: Base de Dados de GDH 2011 e dados fornecidos pela ACSS para o estudo (Anexo II)

Elaborando uma análise geral do que se tem passado em Portugal nos 3 anos (2008-2010), há a referir que as taxas de cancelamento de cirurgias programadas são muito semelhantes: 28%; 26% e 26,6%, verificando-se, no entanto, um decréscimo do número de cirurgias canceladas no próprio dia: 50,5%; 48% e 44% do total de cancelamentos.(Anexo III).

Embora estes dados pequem por escassez de informação acessória para a sua análise, e sabendo que as diferentes regiões do país têm diferentes produções cirúrgicas, é interessante verificar (Anexo III) que os meses em que existe maior número de cancelamentos no próprio dia se repetem nas diferentes regiões do país em 2008: outubro será o mês sempre presente no *top 3* dos meses com maior número de cancelamentos logo seguido de Julho e Novembro. As causas são variadas sem dúvida, mas seria interessante perceber o fenómeno social que se esconde por detrás de tal ocorrência. Extrapolando os possíveis mecanismos que condicionam estes resultados, pode-se sugerir o fato de as famílias terem gastos adicionais nestas épocas do ano com as férias e o início do ano escolar, o que torna economicamente desvantajoso para as famílias a cirurgia eletiva assim como a fase de recuperação – baixa ulterior.

Tal como em 2008 em 2009 (Anexo III) temos meses que se destacam por serem aqueles em que ocorre o maior número de cancelamentos, embora estes sejam diferentes do ano anterior: Março, Setembro e Abril.

Também em 2010 existe um padrão de região e mês em que se verificaram mais cancelamentos no próprio dia (Anexo III), embora não tão marcado como em anos anteriores, sendo Outubro o mês predominante.

Quanto a 2011, os dados disponíveis não são similares entre as várias regiões, como tal analisou-se apenas Janeiro de 2011 e fazendo a comparação com os meses de Janeiro de 2009 e 2010:

Estes dados de 2011 sugerem uma diminuição acentuada do número de cirurgias canceladas no próprio dia, o que pode ser produto de uma política de maior rigor, de acordo com os parâmetros da

Qualidade nas unidades cirúrgicas do país, ou poderemos eventualmente ter dados ainda incompletos.

Nos dados fornecidos pela ACSS e consultados, foi possível constatar que estando já calculados os cancelamentos de Janeiro a Agosto de 2011, apenas se verificou o cancelamento de 299 cirurgias no próprio dia na Região de Lisboa e Vale do Tejo. (Anexo III)

Henriques (2008) apresenta-nos dados do Hospital de Santarém, referindo que de janeiro a outubro de 2007, a taxa de cancelamento foi de 6,1% para os pacientes programados.

Lacqua et al, (1994) do Departamento de Cirurgia, *Nassau County Medical Center, East Meadow, Nova York*, reviram 1063 de casos agendados, no período de quatro meses, que resultaram em 184 (17%) cancelamentos: 56 (10%) cancelamentos ambulatoriais, 110 (30%) cancelamentos de internamento e 18 (11%) de pacientes internados na manhã da cirurgia.

Schofield, W.N. et al (2005) realizaram um estudo entre 13 de maio e 15 de novembro de 2002, num hospital central (*Major Hospital*) na Austrália, sobre o cancelamento de cirurgias no próprio dia e concluíram que das 7913 cirurgias programadas para 133 cirurgiões no período do estudo; 941 (11,9%) foram canceladas no dia, quando os procedimentos cirúrgicos são eletivos a taxa sobe para 13,2%, 724 de 5472 procedimentos.

Num Hospital universitário espanhol (Hospital Lozano Blesa, Zaragoza), Jiménez A. et al (2005) analisaram os cancelamentos que ocorrem no dia anterior à cirurgia sem substituição do paciente e procedimentos cancelados no próprio dia, em 10 500 pacientes programados para uma unidade de cirurgia multidisciplinar de ambulatório. Os dados foram obtidos a partir das folhas de registo de incidentes e do banco de dados da unidade, revelando uma taxa de cancelamentos de 4% (424 pacientes). Os cancelamentos no próprio dia foram 357 em 9032, revelando uma taxa de 3,9%, o que leva a concluir que a maioria dos cancelamentos se verifica no próprio dia, o que é expectável por ser uma unidade de cirurgia de ambulatório.

Alger R. M. (2007), *Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula*, Honduras, publica um estudo que revela que se realizaram 3601 cirurgias(em 2003) e 3102 (em 2004), tendo sido canceladas 245 e 145 cirurgias respectivamente, para percentagens de cancelamento de 6.8% e 4.7%. No período de fevereiro a abril de 2005, a taxa de cancelamentos subiu para 7,3%, sendo realizadas 1649 e canceladas 120 cirurgias.

El-Dawlatly A.A. et al (2008) recolheram dados num hospital universitário turco (*King Saud University*) de agendamentos para cirurgias eletivas num período de 3 meses, de 1 de setembro a 1 de dezembro de 2007, em que os resultados foram: 2840 agendamentos para cirurgia eletiva, desses 189 casos (7,6%) foram cancelados.

Garg R. et al (2009) realizaram um estudo de um dia na Índia, em que estavam agendados 1590

pacientes para procedimentos cirúrgicos eletivos em 458 salas de operação, desses 482 pacientes (30,3%) foram cancelados no dia da cirurgia. Constataram ainda que 47,7% pacientes eram do sexo masculino e que 28% dos procedimentos cirúrgicos foram planejados para serem realizados por laparoscopia.

González, A. et al (2009) recolheram, prospectivamente, os dados de 52 meses consecutivos num hospital público em Espanha para estimar a prevalência e as causas dos cancelamentos. A taxa de cancelamentos encontrada foi de 6,5%, 2559 de 39115 cirurgias programadas.

A comissão de Auditorias de Saúde do NHS, ao auditar 313 unidades de cirurgia de ambatório, concluiu que 45% do tempo de bloco operatório atribuído não estava a ser utilizado por causa das cirurgias canceladas, o início tardio e os intervalos excessivos entre cirurgias. A análise revelou que foram canceladas mais de 9% das cirurgias e a falta de gestores dedicados foi considerada uma das principais causas para a ineficiência. Bertie S. F. et al (2009), na sequência desta auditoria, elaboraram um estudo numa unidade de Oftalmologia e constataram que 402 procedimentos cirúrgicos foram cancelados no dia, de 2115 casos programados, no período de um ano. A taxa de cancelamento média foi de 33 casos por mês, sendo que 34 procedimentos cirúrgicos foram cancelados e identificaram-se 21 razões diferentes para os mesmos.

Noutra unidade de Oftalmologia, no Kuwait University Hospital, de janeiro de 2001 até dezembro de 2003, foi realizado um estudo para conhecer os motivos para o cancelamento de cirurgias eletivas em cirurgia da catarata, dos 1952 pacientes agendados para cirurgia eletiva, 234 casos (12%) foram cancelados devido a diferentes razões, no dia da cirurgia. (Bamashmus, M. et al 2010).

Koljonen, V. et al (2007) do *Helsinki University Central Hospital*, na Finlândia, constataram que das 942 cirurgias programadas no Departamento de Otorrinolaringologia (ORL), num período de 10 semanas, 59 (6,3%) foram canceladas 1 hora antes da hora programada para a cirurgia. As perdas estimadas em desperdício de recursos humanos foram de 24 340€ e o total da perda de tempo de sala de cirurgia foi de 76 horas e 38 minutos.

Seim A. R. et al (2009) realizaram um estudo comparativo entre um Hospital americano e um Hospital norueguês, para testar se a qualidade dos dados administrativos dos hospitais sobre os cancelamentos é suficiente para uma análise comparativa significativa, e se as causas dos cancelamentos destes dois grandes hospitais universitários são comparáveis.

Ainda, segundo Seim A. R. et al (2009), foi obtido retrospectivamente em cada hospital, um grande conjunto de dados das causas de cancelamentos de cirurgias. O departamento de Cirurgia do Hospital norueguês apresentou taxas de cancelamento de 14,58% dos casos em 2003 e 16,07% em 2004. O Hospital americano cancelou 16,52% de todos os casos, entre 1 de maio de 2003 e 30 de abril de 2004. Segundos os mesmos autores, as taxas de cancelamento variam de 10% a 17% nos

sistemas de saúde na Noruega, Estados Unidos, Nova Zelândia, Grã-Bretanha e África do Sul. Os cancelamentos são, indiscutivelmente, uma questão de qualidade dos cuidados de Saúde, por causar frustração, ansiedade e descontentamento nos pacientes, sendo também uma das principais causas de utilização ineficiente do tempo de Bloco Operatório e desperdício de recursos.

Sung W.-C., et al, 2010, analisaram os registos médicos de cancelamentos cirúrgicos, entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2007, no *Chang Gung Memorial Hospital*, China das 61855 cirurgias agendadas durante este período, 229 foram canceladas (0,37%). A taxa de cancelamentos de cirurgia de emergência (0,16%) foi a mais baixa, enquanto a taxa de cirurgia de ambatório foi a mais alta (0,59%), levando a uma taxa global de cancelamentos de cirurgia de 0,34%. Estes valores são muito baixos em comparação com os valores apresentados em outros estudos, o que induz a reflexão - será uma questão organizacional, cultural ou qualquer outro o motivo? Poderão as instituições de outras regiões chegar a estes valores? O que fazer? São várias as questões que podem ser colocadas e que será certamente um tema interessante para um estudo.

Dalwani, A. et al (2010) realizaram uma auditoria, num hospital paquistanês, ao adiamento das cirurgias e constataram que dos 6480 pacientes que estavam na lista da programação operatória, durante o período do estudo, 1360 (21%) foram canceladas no dia da cirurgia. A maioria dos cancelamentos foi em pacientes com mais de 60 anos ou menos de 10 anos de idade.

Mahmood, M. et al, (2011) do departamento de cirurgia pediátrica, do hospital pediátrico do Instituto Paquistanês de Ciências Médicas em Islamabad, realizou um estudo desde janeiro a dezembro de 2010, a todos os procedimentos cirúrgicos eletivos tendo chegado a taxas de cancelamento de 14,3%, 464 de 3240 foram cancelados.

Cancelamentos (adiamentos) de cirurgias eletivas por razões administrativas podem ser seguidos de resultados clínicos inferiores, Magnusson H. et al (2011), relata 50 complicações no grupo de pacientes sujeitos a cancelamentos de cirurgia contra 33 para o grupo de controlo.

Mesmar M. et al (2011) realizaram um estudo na Jordânia, ao longo de um período de 12 meses, o cancelamento foi registado em 382 (3,6%) de 10 485 cirúrgicas eletivas.

Kumar R. e Gandhi R.(2012), realizaram um estudo num Hospital multidisciplinar com 500 camas em Nova Deli, Índia, entre dezembro de 2009 e novembro de 2010 (231 dias de funcionamento do Bloco para procedimentos agendados), que revelou que com 7272 pacientes agendados para procedimentos cirúrgicos eletivos foram realizadas 5986 cirurgias. O número total de pacientes cancelados no dia da cirurgia foi de 1286 (17,6%), resultando uma média de 5,5 cancelamentos por dia.

Para uma melhor visualização dos dados dos estudos anteriormente descritos foi construída um quadro que além do valor da percentagem de cancelamentos nos indica o tipo de Hospital ou

Unidade e o país do estudo. (Anexo IV)

Assim, na análise desse quadro (Anexo IV) evidencia-se a disparidade de taxas, que sugere a análise das causas, abordada de seguida.

2.2.2 Causas dos cancelamentos

O cancelamento de um procedimento cirúrgico agendado é multifatorial, por isso, este indicador deve distinguir entre o cancelamento devido ao não comparecimento do utente para o procedimento programado e o cancelamento após a chegada ao Hospital.

A incidência da doença varia conforme a região, a raça e está ligada à especialização do centro médico onde os estudos são realizados, portanto as causas e as especialidades onde se registam maiores taxas de cancelamento podem variar significativamente.

Analisando as causas de cancelamentos, nos estudos referidos anteriormente, verificamos que no estudo de Schofield, W. et al (2005), os principais motivos para o cancelamento foram: falta de tempo cirúrgico devido a atraso(s) e prolongamento(s) da(s) cirurgia(s) anterior(es) (18,7%); falta de cama para o pós-operatório (18,1%); cancelamento pelo paciente (17,5%) e alteração no estado clínico do paciente (17,1%). Motivos processuais (falta de preparação do paciente, falta de recursos humanos, erros de lista, causa administrativa e deficiências na comunicação), totalizaram 21,0%. A especialidade cirúrgica onde se verificou a maior taxa de cancelamentos foi Otorrinolaringologia (19,6%) seguida da Cirurgia cardiotorácica (15,8%).

No estudo de El-Dawlatly A. et al (2008) muitas razões para o cancelamento de cirurgias foram registadas, a mais comum foi a falta de tempo operatório (35%), seguida de “Outras” com 20,9%. A programação incorreta (0,5%) foi a causa responsável pelo menor nº de cancelamentos. Em cirurgias eletivas, a falta de comparência do paciente foi a principal causa de cancelamento. O maior número de cancelamentos ocorreu no Serviço de Cirurgia geral (28%) e a menor ocorreu em Neurocirurgia (3,1%).

Jiménez A. et al (2005) encontrou no estudo de observação de 10 anos numa unidade de cirurgia de ambulatório, as causas mais frequentes para o cancelamento da cirurgia e dividiram-nas em cinco grupos: 1) situações clínicas agudas não referidas anteriormente; 2) decisão pessoal dos pacientes em recusar a programação; 3) falta de comparência; 4) falta de acompanhamento pré-operatório de orientação; 5) indisponibilidade de recursos.

Concluíram ainda, que de entre as causas de situações clínicas agudas, mais de 50% dos casos foram decorrentes de infeções do trato respiratório e as demais estavam relacionadas com febre, ansiedade e hipertensão. Dos pacientes que recusaram o agendamento, a maioria fê-lo no dia anterior à cirurgia ou no mesmo dia, principalmente por causa da família, de eventos sociais e/ou

profissionais. Ao considerar as especialidades cirúrgicas e as razões para o cancelamento em cada uma, encontramos uma taxa alta na Cirurgia Vascular (5,8%), e em Oftalmologia (4,8%) principalmente devido à indisponibilidade de recursos e à agudização da situação clínica.

O programa do NHS criou um *Handbook* denominado “*Quality and Service improvement tools do NHS*”(2010), que tem como objetivo a criação e desenvolvimento de ferramentas para ajudar as instituições na redução de cancelamentos cirúrgicos, identificando 3 causas e tipos de cancelamentos:

1. Causa Hospitalar Não Clínica – falta de camas na enfermaria e nas unidades especiais para os cuidados pós-cirúrgicos, indisponibilidade de sala operatória, falta de recursos humanos, falha ou indisponibilidade de equipamento e consumíveis clínicos e erros administrativos.
2. Causa Hospitalar Clínica – Paciente sem indicação cirúrgica, condições clínicas pré-existentes com agudização e orientações pré-operatórias não cumpridas.
3. Causa do Paciente - Recusa, melhoria de estado clínico, indisponibilidade.

Mahmood, M. et al, (2011), analisaram as causas dos cancelamentos de procedimentos cirúrgicos eletivos na população pediátrica e concluíram que o maior número de cancelamentos ocorreu devido a infecções das vias aéreas superiores e febre (24,2%), a recusa por parte dos pais para a cirurgia foi responsável por 1,3% dos casos sendo a causa menos significativa. A população pediátrica é bastante suscetível a constipações, viroses e outras afeções comuns na infância, como tal é uma população que altera a sua condição clínica muito facilmente, sem aviso prévio, sendo imprevisível o cumprimento de programações eletivas.

No estudo “*Operation Cancellation at Chang Gung Memorial Hospital*” realizado por Sung W.-C. et al (2010) foi encontrada uma correlação positiva entre a taxa de cancelamentos e o ASA do paciente (Classificação do risco anestésico, segundo a Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA), 1963; ASA I – paciente saudável; ASA II – Doença sistêmica leve ou moderada; ASA III – Doença sistêmica grave, limitando as atividades; ASA IV – Doença sistêmica incapacitante; ASA V – Paciente moribundo), estas conclusões estão também de acordo com um estudo realizado por Ferschl et al. que correlaciona ASA com a taxa de suspensão e atraso no início da cirurgia. O ASA I teve a menor taxa de cancelamentos (0,18%), a idade média no grupo de pacientes sujeitos a cancelamentos é superior à média do grupo dos não cancelamentos (47,9 e 43,9 anos, respectivamente), enquanto o fator sexo não foi considerado fator significativo.

Estes autores agruparam as causas e classificaram-nas como potencialmente inevitáveis e evitáveis. Das causas potencialmente inevitáveis (45,9%), as alterações da condição clínica do paciente: febre, infecções do trato respiratório superior e asma, foram as causas mais comum de cancelamento do procedimento agendado com 33,6% dos casos; em segundo lugar, aparecem os cancelamentos por

problemas cardiovasculares (20,5%)(hipertensão grave e alterações do eletrocardiograma). Nas causas potencialmente evitáveis: o inadequado jejum, a indisponibilidade de cama e alterações de decisão do paciente ou dos familiares, foram as mais frequentes. Os casos de cancelamento foram acompanhados durante 3 meses, para a eventual correção dos problemas que induziram ao cancelamento. A especialidade cirúrgica com maior taxa de cancelamentos, neste estudo, foi a oftalmologia.

Lemos, P. (2005), refere que Macarthur et al, relataram uma taxa de cancelamentos de 10,2% dos quais 49% foram considerados evitáveis devido à preparação inadequada das crianças , como o jejum, e à ineficiência de cuidados de saúde.

Tait et al, referido por Lemos, P.(2005) realizou um estudo para determinar as causas dos cancelamentos nas cirurgias de ambulatório na população pediátrica, e os autores descobriram que a maioria das crianças tinha a sua cirurgia cancelada devido a infecções do trato respiratório superior (34,6%) ou outras razões médicas (30,7%). No entanto, 34,7%, eram cancelamentos devidos a erros de programação, falta de jejum, ou dificuldades de transporte.

O estudo *“Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital”* realizado por Kumar R. & Gandhi R. (2012) na Índia, refere que a especialidade cirúrgica com maior taxa de cancelamentos é a Cirurgia Geral (7,1%) e a mais baixa (0,35%) Otorrinolaringologia. A causa mais comum de cancelamento foi a falta de disponibilidade de sala operatória (63%); pacientes que não compareceram, obteve a taxa de 19%, razões médicas como a alteração de estado clínico resultaram em 11,6% dos cancelamentos, e 1,2% foram canceladas pelo cirurgião, devido a uma mudança no plano cirúrgico; 2,1% dos pacientes não estavam prontos para a cirurgia, e 3,1 % foram cancelados devido a falha do equipamento.

Garg R. et al (2009) realizaram um estudo na Índia e concluíram que dos 482 cancelamentos verificados, 288 (59,7%) foram devidos à falta de disponibilidade de tempo operatório; 52 (10,8%) foram cancelados devido a razões médicas; 78 (16,2%) não compareceram no dia da cirurgia; 26 (5,4%) a cirurgia foi cancelada pelos cirurgiões devido a uma mudança no plano cirúrgico, 18 (3,7%) foram cancelados devido a motivos administrativos (problemas de esterilização de instrumentos, roupas de cama não disponível e instrumentos não disponíveis) e 20 (4,2%) foram adiadas por motivos diversos (ausência de disponibilidade de cirurgião, indisponibilidade de vaga na UTI (cama / ventilador), indisponibilidade de produtos sanguíneos adequados e recusa de consentimento pelo paciente.

Os cancelamentos devido à falta de tempo cirúrgico poderão não ser apenas um problema de programação, pela observação feita no local do estudo piloto (que se apresenta de seguida), mas são também causados pelo início tardio do programa diário, pelo tempo desperdiçado entre cirurgias e

pela subestimação dos tempos necessários para as cirurgias. A grande pressão para a redução das listas de espera induz a sobre-programação, assim como a existência de *overbooking*, no entanto essa programação apenas conta com os tempos que o cirurgião refere que demora a operar os pacientes e não com o tempo de *Turn over* (Anexo I). Nos hospitais onde existam estagiários no Bloco e cirurgiões em início de carreira que necessitam de orientação e ensinamento durante os atos cirúrgicos, os tempos cirúrgicos programados são largamente ultrapassados comprometendo o cumprimento da programação. Deste modo, todos estes aspectos deverão ser também considerados como possíveis causas de cancelamentos e no momento da programação deverão ser tomados em conta.

De 120 cancelamentos verificados no *Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula*, 20% foram devidos à falta de comparência dos pacientes. Alger, R. M. (2007) entrevistou alguns desses pacientes e concluiu que a não comparência se deveu a causas externas ao paciente, como erros de comunicação. A maioria dos entrevistados (83,3) reagiu com tristeza quando confrontado com a causa do cancelamento.

Em Portugal e de acordo com os dados da UGIC, no biénio 2007/2008, referidos na tese de mestrado de Pegado (2010), verifica-se que as situações mais frequentes de cancelamento foram: as desistências (17,7%), a recusa de transferência de instituição (15,3%), a não ativação do Vale Cirurgia em 3 meses (13,3%) e a proposta não adequada à situação clínica do utente (8,6%). São também de salientar as situações em que o utente já havia sido operado, quer na própria instituição, quer noutras instituições, o que indicia alguma desorganização ou falta de resposta atempada do sistema às necessidades dos utentes.

Henriques (2008) apresenta-nos dados do Hospital de Santarém, que referem que de janeiro a outubro de 2007 a taxa de cancelamento foi de 6,1% para os pacientes programados.

As causas de cancelamentos foram nomeadamente: falta de tempo operatório 30,86%, risco anestésico 22,22%, outro 11,73%, falta de Anestesista 8,64%, risco cirúrgico 6,17%, falta/recusa do paciente 4,94%, equipamento indisponível 4,32%, paciente não preparado 3,09%, falta de Cirurgião 2,47%, falta de material 2,47%, jejum não cumprido 1,85%, falta de cama UCI/UCPA 0,62%, falta de sangue 0,62%.

González A. et al (2009), ao estudar as causas para o cancelamento de procedimentos cirúrgicos eletivos num hospital espanhol, agruparam os cancelamento por grandes categorias e as 'razões médicas' obtiveram uma taxa de 50%, os fatores relacionados com o paciente 23% e problemas administrativos / logísticos 25%. As causas mais comuns específicas dentro dessas categorias foram respectivamente: infecções/febre (18%), o paciente não compareceu (20%) e falta de tempo operatório (23%).

Dalwani, A. et al (2010) referem que dos cancelamentos observados no seu estudo, 70,95% foram cancelados por falta de tempo operatório, 20,2% por razões de ordem médica, 3,6% dos pacientes não apareceram no dia da cirurgia, 1,69% foram cancelados por alteração do plano cirúrgico e 0,95% foram cancelados por motivos administrativos. Refere ainda a idade como fator condicionante dos cancelamentos – mais de 60 anos e menos de 10 anos.

Quando se compara resultados de cancelamentos e se tem como variável a idade surgem vários estudos ligados à cirurgia da catarata, Bamashmus M. et al (2010), concluíram que os principais motivos para o cancelamento foram o mau controle da hipertensão arterial sistêmica, cancelamento pelo paciente, diabetes mal controlada, infecções respiratórias (em pacientes crianças), problemas cardíacos, pressão intra-ocular elevada após anestesia local e os pacientes não colaboradores durante o ato cirúrgico. Outro estudo sobre o cancelamento de cirurgias de catarata (Bertie S. F. et al (2009)) refere que os motivos mais frequentes para o cancelamento são: incapacidade do paciente para colaborar no ato cirúrgico (este ato é normalmente realizado sob anestesia local e necessita da colaboração do paciente), cancelamento no próprio dia pelo paciente e controlo deficiente de uma pré-condição médica existente. Embora com diferenças na ordem de importância, os cancelamentos em Oftalmologia e nomeadamente na cirurgia da catarata, estão sempre ligados à idade do paciente quer na capacidade de adaptação ao contexto da cirurgia com anestesia local, quer ao controlo das condições clínicas pré-existentes, como HTA e Diabetes.

Quando mudamos de especialidade para Otorrinolaringologia, em que existe uma grande percentagem de população infantil (10 anos ou menos) a doença aguda do paciente foi a principal causa de cancelamento de cirurgias com 39% de todos os cancelamentos do *Departments of Plastic Surgery, Otolaryngology, and Anaesthesia and Intensive Care, University Central Hospital, Helsinki, Finland*, referidos no estudo de Koljonen, V. et al (2007), seguida de outros motivos do paciente e de problemas logísticos do Hospital. Os custos com os cancelamentos são elevados e aqueles em que o paciente está em idade de trabalho são considerados muito importantes. Em contraste, segundo Koljonen, o cancelamento de procedimentos *minor*, especialmente em crianças, não foi considerado economicamente muito importante. Tendo como referência que uma criança não se desloca sozinha a um Hospital ou centro clínico para ser submetida a um procedimento cirúrgico, mesmo *minor*, é bastante controversa a pouca valorização dos custos destes cancelamentos.

A revista internacional *Nursing* (2008), referência da Enfermagem mundial, relata uma pesquisa realizada pela Associação para a Prática Perioperatória, congénere da AESOP Portuguesa, revelando que existe um componente importante de cancelamentos devido a problemas de esterilidade dos instrumentos, sendo as cirurgias canceladas no último minuto.

Mesmar M. et al (2011) referem no seu estudo realizado num Hospital de referência da Jordânia que

os motivos relacionados com os pacientes, principalmente o não comparecimento foram responsáveis por 31,4% de todos os cancelamentos, 30,4% deveu-se a razões administrativas sobretudo devido a indisponibilidade de camas, e 38,4% teve como causa razões do médico responsável. Neste estudo, o médico responsável pelo paciente é também o responsável pelo maior número de cancelamentos, contrariando os estudos já referidos em que os motivos ligados ao paciente tinham sempre uma maior ponderação.

Compilando os dados dos estudos consultados, é possível agrupar as principais conclusões nesta tabela.

Em conclusão, poder-se-ão agrupar as principais causas em 4 grandes grupos, como veremos nos estudos recolhidos:

1. Condição clínica pré-existente no paciente;
1. Agudização de condição clínica;
2. Razões de organização;
3. Outras.

Analisando o quadro - Comparação das principais causas de cancelamentos e especialidade mais afetada, nos diferentes estudos - do Anexo IV, verifica-se que as condições relacionadas com a falta de tempo disponível na sala operatória para a cirurgia programada e a agudização do estado de saúde dos pacientes são as causas mais importantes do cancelamento da cirurgia, sendo estas causas de cancelamento no próprio dia, muitas vezes já no teatro de operações, não sendo susceptíveis de substituição.

A incidência relatada de cancelamentos em diferentes hospitais é bastante variável, existindo muitas razões para o cancelamento de procedimentos cirúrgicos eletivos, que também diferem de hospital para hospital.

2.2.3 Evitabilidade e estratégias de ação

Quase todos os autores referem que as causas de cancelamento são na sua maioria evitáveis. Schofield W. N. et al (2005) referem que 60% dos cancelamentos de procedimentos eletivos são potencialmente evitáveis, como a falta de tempo operatório, a falta de cama para o pós-operatório, o erro da lista, problemas com equipamentos, falhas administrativas como a falha de comunicação, a falta de preparação do paciente e a indisponibilidade de recursos humanos.

Os seus resultados sugerem que os hospitais não terão êxito em reduzir a taxa cancelamentos no dia da cirurgia se não estabelecerem um processo eficiente e eficaz, analisarem cada causa no processo, começando com a reserva inicial e a notificação do paciente. A mudança de um fator que cause cancelamento (por exemplo, o fornecimento de mais camas para o pós-operatório) não é susceptível

de conduzir a uma melhoria, a menos que todas as fontes de problemas recebam a merecida atenção no fluxograma do processo e quando estas estejam ligadas numa estratégia global de melhoria da qualidade.

Schofield w. et al (2005) referem ainda, que a falta de tempo operatório não é apenas um problema de programação, mas é muitas vezes causado pelos cirurgiões que subestimam o tempo necessário para a execução do procedimento e assim não conseguem cumprir o programa no tempo que lhes é destinado.

Também Dalwani, A. et al (2010) reforçam a ideia de que a maioria dos cancelamentos se deve a razões evitáveis, no seu estudo, a causa mais comum de adiamento/cancelamento de cirurgias foi a falta de tempo operatório devido ao tempo excessivo das cirurgias anteriores.

El-Dawlatly A.A. et al (2008) referem que a melhoria da programação e do processo de admissão é necessária para uma melhor utilização dos recursos hospitalares e que o problema da não comparência dos pacientes e da agudização da condição clínica podem ser minimizados, melhorando a comunicação entre o utente, cirurgião e o anestesista com vista à optimização da condição clínica pré-anestésica e o paciente.

Mahmood M. et al (2011) estimaram que 40% dos procedimentos eletivos na sua unidade pediátrica eram potencialmente evitáveis, enquanto Jiménez A. et al (2005) referem que as causas poderiam ser evitáveis ou possivelmente evitáveis em 55,5 % dos casos, difíceis de evitar em 30%, e não evitáveis em 14,5%. Distribuindo as causas de cancelamento com base na dificuldade de prevenção, descobriram que mais de 50% poderia ser evitável ou potencialmente evitáveis.

Causas evitáveis ou potencialmente evitáveis foram encontradas em 57,1% dos casos de cancelamentos, difíceis de evitar em 29% dos casos e não evitáveis em 13,9% dos casos, concluíram Jiménez A. et al (2005), ou seja, mais de metade dos casos de cancelamento poderiam ser evitadas. Referem que deve ser considerada a adoção de algumas estratégias, tais como: a resposta rápida dos serviços cirúrgicos para substituir os pacientes, campanhas para aumentar a consciencialização da população sobre os custos dos serviços de saúde e a implementação de diretrizes de avaliação pré-operatória. Segundo estes autores, a Agência de Modernização do SNS de Espanha aconselha a implementação de uma avaliação pré-operatória para diminuir o número de pacientes que não comparece. A introdução da avaliação pré-operatória e pré-admissão, em ambulatório, tem um papel importante a desempenhar na redução dos cancelamentos não só no dia da cirurgia, mas em todas as cirurgias eletivas.

A preparação completa do paciente para cirurgia engloba: história completa e exame físico adequado, testes laboratoriais, radiografias de tórax e avaliação ECG, a classificação ASA, sexo e idade dos pacientes, uma seleção adequada dos procedimentos cirúrgicos e a avaliação do ambiente

familiar e social do paciente.

Bamashmus M. et al (2010), partilham a opinião de que a maioria dos motivos (80%) para o cancelamento da cirurgia eram evitáveis e que os esforços para reduzir o número de casos adiados deve ser aumentada. A introdução da avaliação pré-operatória e pré-admissão deve ser feita corretamente, para evitar a descompensação da condição clínica do paciente. Bertie S. F. et al (2009) tinham encontrado uma redução de 15% nos cancelamentos da cirurgia da catarata pela introdução da avaliação pré-operatória do paciente como parte integrante do processo.

Knox M. et al (2009) refere que a avaliação pré-operatória resultou numa redução significativa no caso cancelamentos (114 vs 256). Os dados sugerem que a criação de uma clínica de avaliação pré-operatória reduz os cancelamentos dos casos eletivos, em particular nos cancelamentos por razões médicas.

Se o paciente é considerado apto para a cirurgia, a preparação deve incluir informações fornecidas pelo cirurgião e anestesista, sobre o procedimento cirúrgico e processo de peri-operatório. O objetivo da avaliação de risco pré-operatório é identificar e modificar os fatores do procedimento e do paciente que aumentam significativamente o risco de complicações. Têm sido desenvolvidas avaliações pré-anestésicas para melhorar o pré-operatório dos pacientes, através da coordenação entre a anestesia, enfermagem e cuidados de retaguarda como laboratório, fisioterapia, apoio psicológico e social. Estas avaliações também podem ajudar no desenvolvimento de diretrizes para a prática e diminuir o número de consultas, exames laboratoriais e cancelamentos cirúrgicos (Gupta A., 2010).

No início da experiência de Jiménez A. et al (2005) na cirurgia de ambulatório, chegaram a um acordo entre os anestesistas, cirurgiões, enfermeiros e gestores hospitalares, sobre os critérios e diretrizes a serem seguidos na seleção de pacientes adequados para a cirurgia de ambulatório. A publicação em Espanha de recomendações de consenso entre os Colégios de Cirurgia e de Anestesiologia, revista no acordo de 2003, concentrava-se principalmente sobre a eleição de custo-benefício dos exames pré-operatórios para diferentes grupos de risco de pacientes e o período da sua validade. Com este acordo espera-se evitar 16,3 % de cancelamentos devido a falhas na avaliação pré-operatória e melhorar a eficiência de custos da cirurgia de ambulatório.

A Agência de Modernização do NHS lançou um guia prático *“Quality and Service improvement tools”* do NHS (2010), em 4 partes ,para identificar, entender e combater os cancelamentos:

1. Planeamento e gestão

Criação de estruturas de gestão: de acordo com os requisitos de informação, políticas e procedimentos de gestão.

2. Diagnóstico e análise

Monitorização do desempenho através de indicadores chave de desempenho (KPIs) para diagnosticar e analisar problemas usando as ferramentas de diagnóstico, mapeamento do processo do paciente e controle de processo estatístico.

3. Melhorar o desempenho operacional do bloco operatório

Redesenhar os serviços para melhorar a experiência do paciente, otimizando recursos humanos e melhorando a cirurgia eletiva e de emergência.

4. Agendamento

Programar as cirurgias de modo a fazer o melhor uso dos recursos e reduzir o risco das operações canceladas.

De acordo com NHS, a avaliação pré-operatória é um fator chave para reduzir os cancelamentos, como tal é fundamental a melhoria dos sistemas pré-operatórios.

Sung W-C. et al (2010) referem que 54,1% dos cancelamentos são potencialmente evitáveis, se houver uma melhoria da comunicação entre a equipa médica, os pacientes e familiares, identificação e tratamento das comorbilidades relevantes e a preparação pré-operatória efetiva, sendo retardada a conclusão da avaliação e a marcação do procedimento cirúrgico até os exames básicos estarem concluídos. Estas medidas diminuiriam as taxas de cancelamentos e de custos hospitalares. Cirurgias a pacientes não cumpridores anteriormente devem ser marcadas para o final do programa diário. Jejum inadequado foi considerado um fator temporal e todos os pacientes com este fator acabaram por ser submetidos à cirurgia, tendo apenas sido alterada a ordem.

Basson et al. citados por Sung et al (2010) concluíram que os pacientes que não cumprem com as visitas hospitalares para procedimentos pré-cirúrgicos, provavelmente, não irão cumprir com os compromissos cirúrgicos e faltarão.

Lemos (2005), na sua apresentação, refere que a eficácia e eficiência de um programa de cirurgia do ambulatório podem ser maximizadas pela organização cuidadosa: como a seleção adequada, as informações do paciente, avaliação, preparação e educação adequada dos pacientes. Refere ainda que o Conselho Australiano sobre Normas de Saúde publicou os dados nacionais sobre este indicador clínico e constataram que a taxa de cancelamentos diminuiu desde 1998, de 1,38% para 0,79% em 2003. As principais razões para esta diminuição da taxa de cancelamento são administrativas e organizacionais. Muitos sistemas têm sido desenvolvidos, com a finalidade de diminuir os cancelamentos no dia da cirurgia: os questionários e exames por telefone antes do agendamento para cirurgia de ambulatório podem ser uma forma de reduzir a taxa de cancelamentos. Refere ainda a existência de relatos de uma redução de 2,25% na taxa de cancelamentos para o grupo que recebeu um questionário de avaliação duas semanas antes do agendamento ou que receberam uma chamada telefónica pré-operatória, podendo assim aferir os problemas de saúde do utente e a sua

comparência no dia da cirurgia, o que permite a substituição por outros pacientes, quando existe alguma inconformidade.

Todas estas estratégias são já referidas por Lacqua & Evans (1994) que diz que os cancelamentos são maioritariamente evitáveis e que podem ser diminuídos através de uma melhor avaliação pré-operatória do paciente e uma melhor comunicação entre médico e paciente.

Como é fácil perceber, todos os autores consultados referem que a maioria das causas de cancelamentos de cirurgias são evitáveis, e praticamente todas as estratégias apontam para um cuidadoso planeamento com avaliações e educação pré-operatórias, assim como uma boa relação e comunicação entre a equipa cirúrgica e o paciente. Garg R. et al (2009) e Kumar R. & Gandhi R. (2012) referem ainda que o agendamento cirúrgico deve ser discutido entre as equipas de cirurgia, anestesia e enfermagem no dia anterior ao planeado para evitar cancelamentos por falta de recursos e/ou preparação adequada do paciente. A gestão de altas deve ser feita com critérios e prontidão para evitar o atraso na saída do paciente e o congestionamento do serviço. Estes autores propõem ainda a realização de auditorias com intervalos regulares para se aferir a eficácia do funcionamento do Bloco. Quanto ao fator, falta de cama para o pós-operatório, Mesmar M. et al (2011) preconizam que pode ser alcançada uma redução importante dos cancelamentos através de intervenções que implementem uma melhor utilização das camas, com um sistema de gestão de altas bem coordenado.

Alger R. M. (2007) apresenta outra estratégia que inclui estimar a duração das intervenções cirúrgicas eletivas e aplicar esse dado na programação cirúrgica. Refere que investigadores do Reino Unido encontraram os tempos estimados através de um questionário aplicado a cirurgiões, anestesista e enfermeiros, e concluíram que as lista de programação estavam sobre-programadas. No estudo de Alger, a sobre-programação com a consequente falta de tempo cirúrgico, assim como a indisponibilidade de instrumentos estiveram entre as primeiras causas de cancelamentos; de acordo com o estudo experimental de Alger R. M. (2007), contribuíram para a redução da frequência dos cancelamentos cirúrgicos e agilizaram os procedimentos e o processo no seu todo.

Henriques, C. (2008) concluiu no seu estudo “Gestão da Qualidade Total num Serviço de Saúde”, que as metodologias de melhoria contínua, com base no modelo da EFQM, parecem ser uma alternativa válida como estratégia de melhoria da qualidade das organizações de saúde. O conceito de qualidade introduzido desde os anos cinquenta, somente na década de oitenta é aplicado às Administrações Públicas, sendo a via para a orientação dos serviços para o cidadão. Surgem assim ferramentas de gestão e auto-avaliação das organizações como o *Balanced Scorecard*, do modelo da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) e da *Common Assessement Framework*. O modelo da EFQM, Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade, é uma ferramenta que permite estimular as

organizações a desenvolverem-se, recorrendo à auto-avaliação como um processo de aprendizagem, de modo a levar a cabo a implementação das opções estratégicas, visando a excelência organizacional, baseando-se em critérios: orientação para resultados, focalização no cliente, liderança e consistência de objetivos, envolvimento das pessoas, abordagem por processos, melhoria contínua e inovação, abordagem à tomada de decisão baseada em fatos, parcerias mutuamente benéficas e responsabilidade pública, de forma a auxiliar as organizações a compreenderem as lacunas existentes no seu funcionamento, estimulando a identificação de soluções no sentido da melhoria contínua.

Este modelo assenta em vários pressupostos entre os quais a necessidade de ter em conta as diferentes partes interessadas na organização: clientes, colaboradores, fornecedores, acionistas e a própria sociedade; a necessidade de ter em conta a rede de processos da organização: processos de liderança, de estratégia e planeamento, de gestão das pessoas, de gestão dos recursos, de produção e prestação de serviços, de melhoria; a necessidade de ter em conta que a gestão dos processos deve estar orientada para os resultados e que a inovação e a aprendizagem são as bases do progresso da organização. Gere-se por duas vertentes distintas: os meios e os resultados.

Ortiga B. et al (2010) concluíram no seu estudo que a implementação de uma Unidade de Internamento cirúrgico para pacientes submetidos a cirurgia eletiva major, era uma estratégia eficaz para melhorar a gestão da camas nos serviços de internamento. Permitiu uma melhoria na proporção de pacientes admitidos no mesmo dia da cirurgia e um tempo de permanência mais curto. Dobbs P. & Englert L.(2009) também estudaram o efeito da abertura de uma unidade de Pós-operatório para cirurgias major, sobre o cancelamento de cirurgias, e concluíram que como as unidades cirúrgicas pós-operatórias são projetados para aceitar pacientes cirúrgicos submetidos a cirurgias que necessitam de atendimento de pós-operatório de grau elevado de criticidade, estas unidades podem ter um efeito significativo sobre os cancelamentos de cirurgia major ou em pacientes críticos.

Se a opção for a aumento da capacidade instalada de sala de operações poderíamos pensar que esta seria uma boa solução para evitar cancelamento de última hora, mas, Yoon S.Z. et al (2009) chegam a conclusões diferentes: as principais razões para o cancelamento antes do aumento da capacidade da sala cirúrgica foram questões departamentais: falta de cama para o pós-operatório e os dados laboratoriais anormais; após o aumento da capacidade da sala de operações, as principais razões para o cancelamento foram de novo questões departamentais: dados laboratoriais anormais e falta de cama para pós-operatório. Em conclusão, segundo este estudo, o aumento da capacidade instalada da sala de operações não é uma opção adequada para evitar o cancelamento das operações.

Packman Z. numa publicação da *Nursing Management* (2007) relata a situação e as estratégias adotadas em 2005 o *King's College Hospital of NHS Foundation Trust* tem uma taxa de 25% de cancelamentos de cirurgias após a pré-admissão, além disso, metade dos 7.000 pacientes internados nas suas enfermarias tiveram que esperar mais de 40 semanas antes de receber tratamento, enquanto a alta clínica de pacientes já recuperados foi adiada algumas vezes por períodos de entre algumas horas a vários dias. Constataram, por exemplo, que 94% dos pacientes receberam alta após 11 horas ou mais que o ideal, e que esta resultou em subutilização de cama, houve ainda muitos pacientes que ocuparam a cama por muito tempo por falta de avaliações clínicas. Constatou-se também que as programações cirúrgicas começavam tarde e houve cancelamentos nas salas operatórias, porque os pacientes eram preparados inadequadamente. Decidiram que, para reduzir esses atrasos, melhorar o atendimento ao paciente e gerir mais eficientemente as suas finanças, era necessário um trabalho de equipa para a realização de um estudo dos processos. Assim desenvolveu-se um programa de cuidados *First Choice*, respondendo à evolução política de saúde, garantindo altos níveis de satisfação do paciente com base em excelente clínica, operacional e desempenho financeiro. Um dos principais desenvolvimentos deste trabalho têm sido a concepção e utilização de uma gestão visual única, sistema suficientemente simples para todo o pessoal clínico o usar e facilmente transferível para qualquer área clínica. Foram identificadas oportunidades para melhorar a coordenação entre enfermarias de cuidados e salas operatórias e criados dois sistemas de utilização visual: no primeiro, os nomes dos médicos e os enfermeiros responsáveis pelos pacientes, são escritas em placas e colocadas por cima das suas camas; o segundo é um sistema de "semáforo" desenvolvido para situar os pacientes no seu percurso e estadios hospitalar (bloco, exames, a aguardar alta, etc.), que é colocado na placa por cima da cama e no quadro da sala de trabalho. Numa pré-avaliação, os pacientes são identificados como "simples" ou "complexos" em termos de seu desenvolvimento social e necessidades clínicas, servindo esta avaliação para assegurar que aqueles que têm necessidades clínicas complexas estão aptos para a cirurgia e que os planos de alta estão corretos para aqueles que têm necessidades sociais complexas. Os pacientes são de novo avaliados na admissão e ao longo das suas estadias através da utilização de uma equipe multidisciplinar estruturada. A realização de reuniões multidisciplinares semanais de planeamento da gestão das altas e a gestão de processos apoiado pelos sistemas de gestão visuais, diminuem significativamente as altas tardias e numa segunda avaliação reduzem o número de cancelamentos cirúrgicos, por falta de cama para o pós-operatório.

Muitos hospitais recolhem dados administrativos das causas dos cancelamentos. Estes dados seriam úteis para *benchmarking* se fosse possível comparar hospitais e cuidados de saúde nos diferentes sistemas. Para uma comparação significativa dos cancelamentos de cirurgias em sistemas de saúde é

necessário a compreensão completa desses sistemas e da natureza dos cancelamentos em cada um dos ambientes (Seim. et al, 2009).

Nos diferentes estudos consultados constata-se a consonância de que a maioria, mais de 50% dos casos de cancelamento de cirurgia, nomeadamente no dia da cirurgia, são potencialmente evitáveis, resta compilar as diferentes estratégias de resolução deste problema de qualidade dos cuidados de saúde, que foram sugeridas e ou aplicadas. São elas:

- Estabelecimento de um processo eficiente e eficaz, analisando cada causa no processo, começando com a reserva inicial e a notificação do paciente. Elaboração de um fluxograma do processo numa estratégia global de melhoria da qualidade;
- Desenvolvimento de métodos que assegurem a comparência do paciente para a cirurgia; melhorando a comunicação entre o cirurgião e o anestesista com vista à otimização da condição clínica pré-anestésica e melhorando a comunicação com o paciente;
- Resposta rápida dos serviços cirúrgicos na substituição de pacientes na lista cirúrgica;
- Campanhas para aumentar a consciencialização da população sobre os custos dos serviços de saúde;
- Implementação de uma avaliação pré-operatória e de pré-admissão em termos de ambiente social e necessidades clínicas e psicológicas do paciente;
- Coordenação entre os cirurgiões, a anestesia, a enfermagem e os cuidados de retaguarda como laboratório, fisioterapia, apoio psicológico e social;
- Discussão do agendamento cirúrgico entre as equipas de cirurgia, anestesia e enfermagem no dia anterior ao planeado para evitar cancelamentos por falta de recursos e ou preparação inadequada do paciente;
- Implementação de uma “Gestão da Qualidade Total num Serviço de Saúde”, com metodologias de melhoria contínua, com base no modelo da EFQM;
- Abertura de unidades de pós-operatório para cirurgias major ou de pacientes críticos;
- Desenvolvimento de um programa de planeamento e gestão de altas eficiente e eficaz, com a realização de reuniões multidisciplinares semanais de planeamento de altas, para assegurar a transferência de pacientes com necessidades complexas, tanto para a comunidade como para colocações alternativas adequadas;
- Implementação da visita pré-operatória de enfermagem;
- Desenvolvimento de programas de cuidados (tipo *First Choice*), que respondam à evolução da política de saúde, garantindo elevados níveis de satisfação do paciente com base na excelência da clínica e operacional e no desempenho financeiro.

- Desenvolvimento de estratégias de diminuição de tempo entre cirurgias, peiorativos no consumo de tempo, como por exemplo, o treino e a pouca rotatividade da equipa de enfermagem e assistentes.

Com a apresentação destas estratégias parece fácil a resolução de um problema tão penalizador para o paciente como para a instituição e a sociedade, mas veremos no exemplo do estudo piloto realizado num Hospital português que na realidade este é um assunto de características multifatoriais de complexa resolução.

3 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado no Hospital Dr. José de Almeida em Cascais, uma parceria público-privada, que faz parte integrante do SNS e tem como missão:

- Promover a saúde de toda a população da sua área de abrangência;
- Prestar com Efetividade, Eficiência e Qualidade os melhores cuidados de saúde hospitalar aos cidadãos da área de influência (aproximadamente 200 mil habitantes do concelho de Cascais e cerca de 100 mil das 8 freguesias de um concelho vizinho- Sintra, na área materno-infantil);
- Desenvolver as melhores práticas, ou seja, a humanização dos cuidados de saúde.

Tem como prioridade a articulação com os cuidados de saúde primários e com a rede de cuidados continuados de saúde, de modo a que a ligação seja feita de maneira humanizada e funcional. Os valores são baseados na Humanização e no Respeito pelas pessoas, assim como na Ética, na Qualidade, na Competência e na Inovação.

O perfil assistencial assenta em Especialidades Médicas e Cirúrgicas. Nas Especialidades Médicas: a Cardiologia, a Gastroenterologia, a Medicina Interna, a Pediatria, a Pneumologia, a Dermatologia, a Neurologia e a Psiquiatria. Nas Especialidades Cirúrgicas temos a Cirurgia Geral, a Ginecologia/Obstetrícia, a Oftalmologia, a Ortopedia, a Otorrinolaringologia e a Urologia.

Dispõe de uma Urgência Médico-cirúrgica, a funcionar 24 horas por dia, que engloba Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência Obstétrica. Na área dos Exames de Diagnóstico e Terapêutica, dispõe dos serviços de Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Imagiologia, Imunohemoterapia e Medicina Física e de Reabilitação. Existe uma área transversal ao Hospital: a Anestesiologia.

O modelo organizacional assenta em Departamentos, cuja assistência é pluridisciplinar, polivalente, transversal e centralizada no paciente.

A inovação tecnológica está presente e a curto prazo permitirá ter um hospital sem papel, o que implica que a informação e a comunicação sejam feitas através de meios informáticos.

O Bloco Operatório Central (BO) tem integrada uma Unidade de Cuidados Pós- Anestésicos (UCPA), dispõe de 6 salas cirúrgicas – 1 dedicada às situações de urgência - e realiza uma média de 600 cirurgias por mês.

No planeamento cirúrgico são realizadas semanalmente reuniões multidisciplinares entre diretores dos vários departamentos cirúrgicos, diretor do departamento de anestesiologia e chefia de enfermagem do Bloco operatório.

Está constituída uma equipa para a gestão das altas e são realizadas reuniões semanais em cada departamento assim como reuniões interdepartamentais.

Apesar dos esforços das equipas de gestão, a ocorrência de cancelamentos cirúrgicos, é ainda uma realidade, constatando-se igualmente que muitos cancelamentos o são no próprio dia e alguns ocorrem com o paciente já no espaço físico do BO.

De Janeiro a Junho de 2011 foram realizadas cerca de 3500 cirurgias, e os dados informatizados apontam para uma percentagem total de cerca de 20% de cancelamentos cirúrgicos. Este valor estatístico não está de acordo com a percepção vivida pelos profissionais nem de acordo com os dados encontrados noutras instituições, por isso, numa tentativa de entendimento sobre este valor foram detectados vários erros de registo informático, tais como, o mesmo paciente aparecer cinco vezes na lista, por erro administrativo.

Existem também valores que indicam o sub-aproveitamento das potencialidades do Bloco e da capacidade instalada. Existe ainda o espectro do não cumprimento das metas da atividade contratada com a EPC (Entidade Pública Contratante) em pacientes eletivos, enquanto a atividade em pacientes urgentes se encontrava enquadrada no desempenho esperado.

A escolha do Bloco Operatório deste hospital surgiu essencialmente por duas razões: primeiro, porque a autora do presente trabalho está diretamente relacionada com o Bloco Operatório e pela observação “in loco” de que posso usufruir e ainda pela permissão mais facilitada de acesso aos dados.

3.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Depois da caracterização da instituição, apresenta-se o estudo piloto, começando pela apresentação dos objetivos.

3.1.1 Objetivo do estudo

O objetivo de estudo num projeto de investigação define de forma concreta o que se pretende fazer para obter resposta às questões formuladas. Para Fortin (2003, p. 100), “o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação (...), as questões de investigação e as hipóteses precisam o objetivo”.

Assim, definimos como objetivo geral:

- **Conhecer as taxas de cancelamento de cirurgias no próprio dia da cirurgia.**

E como objetivos específicos:

- Identificar os fatores que condicionaram os cancelamentos no dia da cirurgia.
- Identificar as especialidades cirúrgicas onde ocorreu maior número de cancelamentos.
- Identificar o ponto de origem (utente, serviço/hospital) dos cancelamentos.
- Identificar o relacionamento entre a data de cancelamento e a especialidade cirúrgica.
- Identificar o relacionamento entre a data de cancelamento e o motivo de cancelamento.

- Identificar a principal causa de cancelamento no próprio dia, em cada especialidade.

3.1.2 Metodologia

O estabelecimento de uma metodologia é considerado para o investigador um ponto estratégico para a fiabilidade e qualidade dos resultados da investigação. Para tal, é primordial elaborar um desenho diretivo que contemple e organize todas as ações necessárias para a operacionalidade do estudo, controlando as fontes de enviezamento (Fortin 2003, p. 132).

3.1.2.1 Tipo de Estudo

Para a concretização dos objetivos definidos, será realizado um estudo não exploratório, por não ter intenção de investigar uma nova área ou assunto, uma vez que se trata de uma temática já estudada e cujos conhecimentos serviram de suporte para a definição dos objetivos. Será, também, uma abordagem não experimental, por apenas se centrar na colheita de dados para fazer a descrição do fenómeno, sem manipulação da variável independente. “... a investigação não experimental é normalmente conduzida num ambiente natural: a empresa, a escola, o hospital, a comunidade (...) e normalmente é menos cara e leva menos tempo.” (Graça, 2009). Segundo Polit e Hungler (1995, p. 121), “a pesquisa não experimental tende a ser bastante realista, sendo capaz de ampliar a nossa compreensão do que é o mundo que nos cerca”.

Será este, por conseguinte, um estudo do tipo descritivo longitudinal, dado que se irá descrever um fenómeno – cancelamentos de cirurgia no próprio dia. Os mesmos Polit e Hungler (1995, p. 14) dizem que “O pesquisador que realiza uma investigação descritiva observa, descreve e classifica. Estudos descritivos podem ter grande valor”. Quanto à dimensão temporal, realizar-se-á um estudo retrospectivo, dado que se irá referir a acontecimentos passados. O estudo será elaborado numa vertente quantitativa, uma vez que se irá realizar uma colheita sistemática de informação numérica e se fará a análise dessa informação utilizando procedimentos estatísticos.

3.1.2.2 População Alvo e Amostra

“Um estudo de investigação tem que definir a população ou o universo aos quais os resultados são aplicáveis. Aos membros individuais dessa população chamam-se unidades de amostragem. Ao processo de selecionar a amostra chama-se amostragem.” (Graça, 2009). Fortin (2003, p. 202), afirma que “uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios (...) a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente para os quais o investigador deseja

fazer generalizações”. Como tal a população ou universo deste estudo são as cirurgias eletivas agendadas no período do estudo de 1 de janeiro de 2011 a 31 de março de 2012, e, definiu-se assim, os seguintes critérios de seleção ou amostragem:

- Cirurgias eletivas agendadas para o Bloco operatório do Hospital Dr. José de Almeida
- Período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de março de 2012

A amostragem será não probabilística, por ser regida por critérios de conveniência. Perante estes conceitos e critérios e de acordo com os objetivos definidos para este trabalho de investigação, escolhemos como amostra a população do estudo, por ser uma população acessível, visto exercer funções neste local e ter conhecimento da aceitação deste tipo de estudo, quer pela administração, quer pela restante equipa, assim como ter acesso facilitado aos dados.

Ainda segundo Fortin (2003, p. 202), “a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...)”. deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada.

3.1.2.3 Método, Técnica e Instrumento de Colheita de Dados

“Numerosas técnicas de recolha de dados estão à disposição do investigador, (...) a escolha de uma técnica particular depende da natureza do problema, do tipo de variáveis, do tipo de desenho de investigação, do tipo e número de unidades de amostragem (...) deve ser criteriosa e fundamentada (...) é quase sempre a parte mais dispendiosa (tempo, trabalho e dinheiro) do projeto de investigação.”(Graça, 2009).

Diz Fortin (2003, p. 240) que “num estudo descritivo, o investigador descreve os fatores ou variáveis e detecta relações entre estas variáveis ou fatores. Escolherá, por conseguinte, métodos e técnicas de colheita de dados estruturados (...)”.

Elaborou-se uma tabela onde foram compilados os dados, instrumento muito usado em investigação social e saúde, que permite obter informações sobre uma amostra da população e se for demonstrativa da população, informações da população.

3.1.2.4 Colheita e tratamento dos dados

Foram consultados os dados administrativos informatizados dos agendamentos e dos cancelamentos, disponíveis na plataforma do *Business Intelligent* do Hospital e no desktop administrativo. Estes dados que dizem respeito aos cancelamentos no geral e não apenas aos cancelamentos no dia da cirurgia, foram transferidos para folha de Microsoft Office Excel para serem trabalhados e analisados. Foram também consultados os registos diários dos agendamentos de cada

sala operatória e especialidade, elaborados pela equipa de enfermagem, onde são registados os cancelamentos no dia da cirurgia e as razões desses cancelamentos. Estes dados foram transferidos para folha de Microsoft Office Excel para serem trabalhados e posteriormente analisados com testes de independência de variáveis.

3.1.3 Cronograma

DATA	ACTIVIDADE
Julho 2011	Pesquisa e recolha bibliográfica
Agosto 2011	Pesquisa e recolha bibliográfica
Setembro 2011	Pesquisa e recolha bibliográfica
Outubro 2011	Pesquisa e recolha bibliográfica
Novembro 2011	Análise da recolha bibliográfica
Dezembro 2011	Análise da recolha bibliográfica
Janeiro a Março 2012	Recolha de dados para o estudo piloto
Abril 2012	Tratamento dos dados do estudo piloto
Maio 2012	Elaboração do trabalho escrito
Junho 2012	Elaboração do trabalho escrito
Julho 2012	Revisão do trabalho escrito e entrega

Não foi possível cumprir o cronograma anterior por envolvimento em projetos de suma importância para a instituição onde desempenho funções, logo, foi solicitada à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) um adiamento da entrega do trabalho projeto durante 6 meses, este ao ser concedido originou uma adenda ao cronograma anterior .

DATA	ACTIVIDADE
Setembro 2012	Elaboração do trabalho escrito
Outubro 2012	Reuniões com tutor e outros para aferição do trabalho escrito
Novembro 2012	Reuniões com tutor e outros para aferição do trabalho escrito
Dezembro 2012	Terminus do trabalho escrito, revisões finais e entrega

3.1.4 Limitações e implicações éticas

A informação sobre a temática em estudo no presente trabalho é ainda escassa não só em Portugal, como em muitos outros países. Deste modo, praticamente todos os artigos consultados e pesquisados são referentes a realidades estrangeiras e estão escritos, sobretudo, em Inglês, o que, até certo ponto, constituiu, para nós, um desafio, em especial devido à presença de terminologia

técnica e científica, de difícil tradução.

Qualquer investigação que implique seres humanos coloca questões morais e éticas. Os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de resultados podem contribuir para enormes avanços científicos, mas podem também lesar direitos fundamentais das pessoas (Fortin 2003, p.113).

Para esta mesma autora (2003 p. 116), existem cinco princípios ou direitos fundamentais determinados pelos códigos de ética, que têm de estar sempre presentes quando se realiza uma investigação:

- O direito à autodeterminação;
- O direito à intimidade;
- O direito ao anonimato e à confidencialidade;
- O direito à proteção contra o desconforto e prejuízo;
- O direito a um tratamento justo e leal.

Adaptando os princípios preconizados por Fortin ao tipo de estudo que se realizou na referida unidade hospitalar, procurou-se ao longo de todo o processo de investigação respeitar as normas éticas aplicáveis, incluindo as autorizações necessárias (Anexo V) para a realização do referido estudo. Na análise final deste trabalho de investigação, procurou-se não inferir resultados que não sejam objetivamente demonstrados pelas respostas obtidas, evitando a sua manipulação a favor de resultados eventualmente esperados.

3.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados apresentados seguidamente em forma de tabelas e gráficos, foram recolhidos de duas fontes de informação: 1) sistema informático administrativo no que diz respeito aos cancelamentos globais; e 2) folhas de movimento de sala operatória preenchidas diariamente pela equipa de enfermagem. Dizem respeito ao período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de março de 2012.

As tabelas e gráficos apresentam dados da produção cirúrgica do trimestre, dos cancelamentos ocorridos e registados administrativamente e dados mais concretos dos registos mensais de cancelamentos no próprio dia.

Além da estatística descritiva recorre-se também à inferência estatística para relacionar variáveis, nomeadamente através do teste de independência do Qui-quadrado, considerando o nível de significância de 5%. Para que seja possível a sua aplicabilidade – os valores esperados terão que ser maiores que 1 e no máximo 5% destes valores serem inferiores a 5 – haverá situações em que se efetuará agrupamentos de classes.

Ao estabelecer a relação entre os cancelamentos globais e os cancelamentos no próprio dia, verifica-se uma discrepância entre as classificações dos motivos nos cancelamentos globais e os motivos de cancelamento no dia, pelo facto de os primeiros ao serem registados informaticamente terem que obedecer aos motivos padronizados no sistema, enquanto os motivos de cancelamento no próprio dia não obedecem a qualquer critério pelo que é registado o real motivo. Não é contemplada a causa: Outros motivos, quando se refere aos cancelamentos no próprio dia, por todos os motivos serem conhecidos e documentados.

De referir que neste período temporal em que se realizou o estudo se verificou uma greve do pessoal de saúde o que funcionou como fator externo no cancelamento de cirurgias no próprio dia.

Tabela 1– Relação de cirurgias agendadas, cancelamentos globais e cancelamentos no próprio dia.

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	Total agendado	Cancelamentos	Agendado/ cancelado %	Cancelamentos no próprio dia	Cancelado/ cancelado dia %
Ortopedia	218	58	27%	28	48%
Cirurgia Geral	339	61	18%	30	49%
Ginecologia	446	35	8%	12	34%
Oftalmologia	335	27	8%	17	70%
ORL	122	12	10%	5	42%
Urologia	64	12	19%	8	67%
TOTAIS	1524	205	13%	100	49%

Ao analisar a tabelas 1, são de considerar vários aspectos, com relevância para o estudo:

- No trimestre Janeiro - Março de 2012, no Hospital Dr. José de Almeida, em Cascais, foram agendadas 1524 cirurgias, das quais foram canceladas 205, o que se traduz em que 13% das cirurgias agendadas foram canceladas e que 100 desses cancelamentos ocorreram no dia em que a cirurgia estava marcada, ou seja 49% dos cancelamentos.
- A especialidade cirúrgica em que ocorreu a maior percentagem de cancelamentos foi a Ortopedia (27%), mas a especialidade onde os cancelamentos ocorreram maioritariamente no dia da cirurgia (8 casos em 12) foi a Urologia (67%).
- As especialidades onde menos cancelamentos se registaram foram: Ginecologia (8%), Oftalmologia (8%) e Otorrinolaringologia (10%).
- A especialidade cirúrgica com melhor desempenho em termos de cancelamentos cirúrgicos é a Ginecologia, que apresenta a menor taxa de cancelamentos globais com 8% dos cancelamentos e desses 34% no próprio dia.
- De salientar ainda que cerca de metade dos cancelamentos cirúrgicos ocorreram no próprio dia da cirurgia (49%).

- No trimestre em que durou o estudo houve 64 dias úteis, dias de agendamentos cirúrgicos, obtivemos uma média de 3,20 cancelamentos por dia e desses uma média de 1,56 cancelamentos no próprio dia.
- Ortopedia e Cirurgia Geral apresentam uma média de cancelamentos no próprio dia de aproximadamente 0,5 cirurgias, ou seja, de dois em dois dias, 1 paciente é cancelado no próprio dia nestas especialidades.

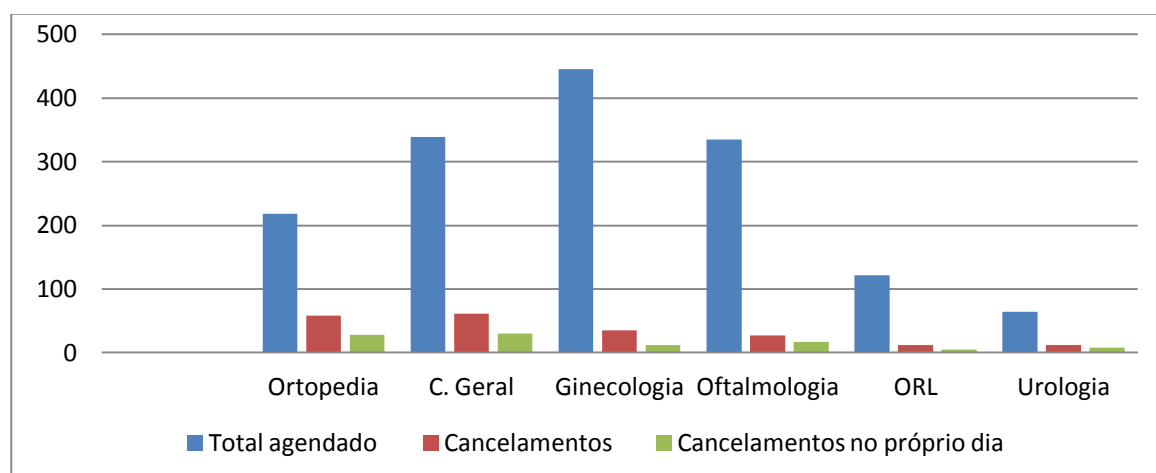
Recorrendo à inferência estatística, testa-se a independência entre os cancelamentos globais e os cancelamentos no dia, de acordo com os critérios já referidos.

Tabela 2– Resultados das cirurgias agendadas e cancelamentos globais e cancelamentos no próprio dia

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	Total agendado	Cancelamentos	Cancelamentos no próprio dia
Ortopedia	218	58	28
Cirurgia Geral	339	61	30
Ginecologia	446	35	12
Oftalmologia	335	27	17
ORL	122	12	5
Urologia	64	12	8
TOTAIS	1524	205	100

Conclui-se assim que rejeitamos a independência das variáveis, ou seja, existe evidência estatística que leva a concluir que os cancelamentos no global e os cancelamentos no próprio dia diferem consoante as especialidades ($p < 0,05$).

Gráfico 1 – Relação entre agendamentos, cancelamentos globais e cancelamentos no próprio dia por especialidade.



Pelo gráfico podemos verificar que em termos absolutos a especialidade cirúrgica com mais

agendamentos é Ginecologia, não sendo, no entanto aquela onde ocorre o maior número de cancelamentos, tanto no global como no próprio dia.

A Cirurgia Geral e a Oftalmologia com número de agendamentos semelhante (339 e 335 respectivamente) apresentam quantidades de cancelamentos diferentes, revelando um melhor desempenho em Oftalmologia.

Os cancelamentos verificados em Cirurgia Geral (61) e Ortopedia (58) são semelhantes, no entanto a Ortopedia apresenta menos agendamentos (218 contra 339).

De seguida apresenta-se uma tabela de duas entradas relativa aos cancelamentos no global de todas as especialidades cirúrgicas, por motivo.

Tabela 3 - Cancelamentos no global de todas as especialidades cirúrgicas, por motivo.

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	Desistência do utente		Erro Administrativo		Greve		Sem condições clínicas pré-operatórias		Sem vaga/ não autorizado		Falta com motivo plausível		Falta sem motivo plausível		Falecimento		Falta de recursos materiais		Falta de Recursos humanos		Motivo não definido		Total de cancelamentos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ORTOPEDIA	5	9% 19%	12	21% 48%	3	5% 14%	3	5% 7%	14	24% 34%	1	2% 25%	1	2% 17%	1	2% 100%	3	5% 75%	3	5% 33%	12	21% 48%	58	100%
CIRURGIA GERAL	7	11% 26%	5	8% 20%	7	11% 32%	13	21% 32%	17	28% 41%	1	2% 25%	1	2% 17%	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	10	16% 40%	61	100%
GINECOLOGIA	7	20% 26%	5	14% 20%	6	17% 27%	8	23% 20%	3	9% 7%	1	3% 25%	2	6% 33%	0	0% 0%	0	0% 0%	1	3% 11%	2	6% 8%	35	100%
OFTALMOLOGIA	2	7% 7%	1	4% 4%	6	22% 27%	10	37% 24%	4	15% 10%	1	4% 25%	0	0% 0%	0	0% 0%	1	4% 25%	2	7% 22%	0	0% 0%	27	100%
ORL	4	33% 15%	1	8% 4%	0	0% 0%	5	42% 12%	1	8% 2%	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	0	0% 0%	1	8% 4%	12	100%
UROLOGIA	2	17% 7%	1	8% 4%	0	0% 0%	2	17% 5%	2	17% 5%	0	0% 0%	2	17% 33%	0	0% 0%	0	0% 0%	3	25% 33%	0	0% 0%	12	100%
TOTAIS	27	100%	25	100%	22	100%	41	100%	41	100%	4	100%	6	100%	1	100%	4	100%	9	100%	25	100%	205	

Ao analisar as tabelas 1 e 3, e quando se analisa cada especialidade, verifica-se que a especialidade de Ortopedia possui a maior taxa de cancelamentos globais (27%), e tem como motivos principais para esses cancelamentos a “falta de vaga/não autorizado” (24% dos cancelamentos na especialidade) seguido do “erro administrativo” e “motivo não definido” (21% dos cancelamentos na especialidade). Nesta especialidade, as “faltas do pacientes por motivo plausível ou não”, são os motivos menos significativos, já que apenas se verificaram 2 faltas, ocorreu um óbito antes do dia marcado para a cirurgia e desistiram 5 pacientes.

Em Cirurgia Geral o motivo dos cancelamentos mais frequente é a “falta de vaga /não autorizado” (28% dos cancelamentos na especialidade) seguido da “falta de condições clínicas pré-operatórias” (21% dos cancelamentos). Os motivos menos frequentes são a “falta de recursos” e a “falta dos pacientes com ou sem motivo plausível”. Nesta especialidade o efeito da “greve” foi mais significativo (7 cancelamentos) do que em Ortopedia (3 cancelamentos).

Na especialidade cirúrgica de Ginecologia, os cancelamentos globais são essencialmente motivados por “falta de condições clínicas pré-operatórias” (23%) e por “desistência” por parte do paciente (20%). A “greve” do pessoal da saúde teve um peso muito significativo nos cancelamentos nesta especialidade (17 % dos cancelamentos globais da especialidade).

A “falta de recursos” assim como a “falta dos pacientes” continuam a ser os motivos com menor frequência pelos quais os cancelamentos ocorrem.

Em Oftalmologia, o motivo mais importante foi a “falta de condições clínicas pré-operatórias” com 37% dos cancelamentos, nesta especialidade o peso que o fator “greve” teve foi muito significativo, 22% dos cancelamentos globais.

Esta especialidade tem na sua maioria pacientes com idades elevadas e com patologias associadas que exigem controlo para permitir o sucesso cirúrgico, nomeadamente HTA e diabetes. Também se verifica nesta especialidade que os pacientes faltam pouco, sendo o motivo menos frequente.

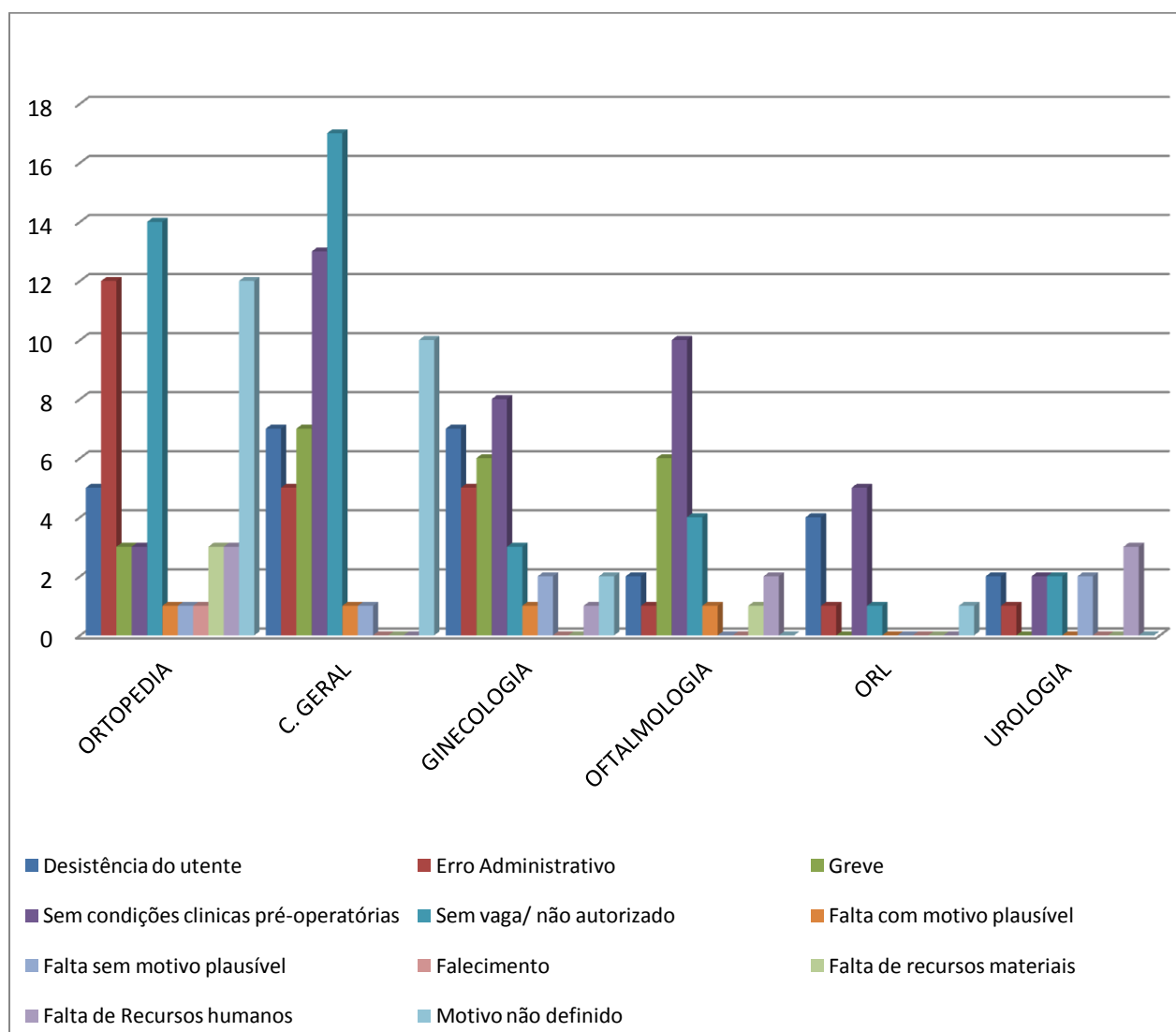
Em Otorrinolaringologia, verifica-se que quase metade dos cancelamentos acontece por “falta de condições clínicas pré-operatórias”, com 42% de cancelamentos na especialidade, logo seguido da “desistência” por parte do utente, com 33% dos cancelamentos. “A falta do paciente” e a “falta de recursos” são novamente o motivo menos frequente. Esta especialidade não foi afetada pela “greve”.

A especialidade cirúrgica de Urologia, aquela que apresenta o menor volume de cirurgias agendadas/programadas (64), registou cancelamentos em 12 agendamentos, o principal motivo foi a “falta de recursos humanos” (25%), e com valores iguais (17%) a “falta de

condições clínicas pré-operatórias”, “sem vaga/não autorizado”, a “falta sem motivo plausível” e a “desistência do paciente”. A “greve” também não afetou os cancelamentos nesta especialidade.

Tal com já foi referido a “falta de tempo operatório” não está contemplado nos motivos que o sistema informático administrativo do Hospital nos fornece, este motivo é englobado no item “Sem vaga”, condicionando os valores elevados que o motivo “sem vaga” apresenta, como poderemos observar, quando se analisa a tabela dos cancelamentos no próprio dia.

Gráfico 2 – Motivos de cancelamento globais por especialidade



No gráfico 2 verifica-se que em Ortopedia e Cirurgia Geral esse motivo se destaca dos outros pelo seu valor elevado em termos absolutos, sendo também muito significativo em Urologia.

Tabela 4 - Resultados de Cancelamentos no global de todas as especialidades cirúrgicas, por motivo.

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	Desistência do utente	Erro Administrativo	Greve	Sem condições clínicas pré-operatórias	Sem vaga/não autorizado	Falta com motivo plausível	Falta sem motivo plausível	Falecimento	Falta de recursos materiais	Falta de Recursos humanos	Motivo não definido	Total de cancelamentos
ORTOPEDIA	5	12	3	3	14	1	1	1	3	3	12	58
CIRURGIA GERAL	7	5	7	13	17	1	1	0	0	0	10	61
GINECOLOGIA	7	5	6	8	3	1	2	0	0	1	2	35
OFTALMOLOGIA	2	1	6	10	4	1	0	0	1	2	0	27
ORL	4	1	0	5	1	0	0	0	0	0	1	12
UROLOGIA	2	1	0	2	2	0	2	0	0	3	0	12
TOTAIS	27	25	22	41	41	4	6	1	4	9	25	205

Como não se verificam os critérios de aplicabilidade do teste independência de Qui. Quadrado, foi necessário efetuar o agrupamento de variáveis.

Optou-se por agrupar:

- “motivo não definido” e “erro administrativo” - **motivo administrativo**;
- “falta do paciente com ou sem motivo plausível” e “falecimento” – **falta do paciente**;
- “falta de recursos materiais”, “humanos”, “sem vaga /não autorizado” e “greve” – **falta de recursos**;

Estes agrupamentos seguiram o critério de relação dos itens com o paciente ou com o Serviço ou ainda administrativo. Manteve-se isolada a variável “Sem condições clínicas pré-operatórias” por apresentar valores elevados.

Tabela 5 - Resultados de cancelamentos no global de todas as especialidades cirúrgicas, por motivo, após agrupamentos de variáveis.

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	motivo administrativo	Sem condições clínicas pré-operatórias	falta pacientes	falta de recursos	TOTAIS
ORTOPEDIA	24	3	8	23	58
CIRURGIA GERAL	15	13	9	24	61
GINECOLOGIA	7	8	10	10	35
OFTALMOLOGIA	1	10	3	13	27
ORL + URO	3	7	8	6	24
TOTAIS	50	41	38	76	205

Obtêm-se as condições de aplicabilidade do teste de independência qui-quadrado o que permite concluir que se rejeita a independência das variáveis ($p < 0,05$). Existe evidência estatística de que o tipo do motivo do cancelamento no global é dependente da especialidade.

O motivo mais frequente é a falta de recursos, seguido do erro administrativo, os motivos relacionados com o paciente são os que ocorrem menos vezes.

À semelhança dos cancelamentos globais elaborou-se uma tabela de duas entradas (tabela 6) apresenta os cancelamentos no dia, por motivo e especialidade e tem ainda duas colunas (à direita) que servem apenas como referência do número global de cancelamentos, para mais fácil interpretação.

Tabela 6 – Cancelamentos no próprio dia, de todas as especialidades, por motivo.

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	Falta de tempo operatório		Greve		Falta de condições clínicas pré-operatórias		Sem vaga- falta de cama para Pós operatório		Falta do paciente por motivo Plausível		Falta sem motivo plausível		Falta de recursos materiais		Falta recursos humanos		Erro administrativo no agendamento		Total de cancelamentos no próprio dia		Total de cancelamentos	Cancelamentos dia /cancelamentos globais %
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
ORTOPEDIA	15	54%	3	11%	4	14%	1	4%	0	0%	1	4%	3	11%	0	0%	1	4%	28	100%	58	48%
		47%		14%		15%		50%		0%		17%		75%		0%		50%				
CIRURGIA GERAL	13	43%	6	20%	9	30%	1	3%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	30	100%	61	49%
		41%		29%		33%		50%		0%		17%		0%		0%		0%				
GINECOLOGIA	3	25%	6	50%	1	8%	0	0%	0	0%	2	17%	0	0%	0	0%	0	0%	12	100%	35	34%
		9%		29%		4%		0%		0%		33%		0%		0%		0%				
OFTALMOLOGIA	0	0%	6	35%	6	35%	0	0%	1	6%	0	0%	1	6%	2	12%	1	6%	17	100%	27	63%
		0%		29%		22%		0%		100%		0%		25%		40%		50%				
ORL	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	12	42%
		0%		0%		19%		0%		0%		0%		0%		0%		0%				
UROLOGIA	1	13%	0	0%	2	25%	0	0%	0	0%	2	25%	0	0%	3	38%	0	0%	8	100%	12	67%
		3%		0%		7%		0%		0%		33%		0%		60%		0%				
TOTAIS	32	100%	21	100%	27	100%	2	100%	1	100%	6	100%	4	100%	5	100%	2	100%	100			

Agrupou-se na variável: “falta de recursos materiais”, a falta de consumíveis, a falta de medicação, a falta de equipamentos ou avaria destes. Na “falta de recursos humanos” foi separada a falta por “greve” da falta por outros motivos.

Em Ortopedia (48%) tal como em Cirurgia Geral (49%), a taxa de cancelamentos no próprio dia está de acordo com o valor total de cancelamentos no dia (49%) (tabela 1).

Também nestas especialidades cirúrgicas, o principal motivo de cancelamentos no próprio dia é a “falta de tempo operatório” com 28 casos (54% e 43% dos cancelamentos no dia dessas especialidades), seguido da “falta de condições clínicas pré-operatórias” para ser submetido ao ato anestésico/cirúrgico (14% e 30%). A “greve” afetou as duas especialidades, embora a Cirurgia Geral de um modo mais significativo. A “falta do paciente com ou sem motivo plausível” é tal como nos cancelamentos gerais o motivo menos significativo. Em Ortopedia houve o cancelamento de 3 cirurgias, que corresponde a 11% dos cancelamentos no próprio dia da especialidade, por “falta de recursos materiais”. Apenas em Oftalmologia ocorreu um cancelamento pelo mesmo motivo.

A percentagem de cancelamentos no próprio dia, em Ginecologia, é a mais baixa de todas com 34%, mesmo assim é um valor muito significativo. O principal motivo de cancelamentos no próprio dia é a “greve” (50%), seguido da “falta de tempo operatório” (25%) e apenas 1 paciente foi cancelado por “falta de condições clínicas pré-operatórias”. É a especialidade, onde a “falta de condições clínicas pré-operatórias” é menos importante, contrariando os valores nas outras especialidades, em Otorrinolaringologia (ORL) esta é a única causa de cancelamentos no próprio dia.

A especialidade cirúrgica de Oftalmologia regista uma elevada taxa de cancelamentos no próprio dia (63%) em relação aos cancelamentos na especialidade, e, nesta especialidade, o peso que o fator “greve” teve foi muito significativo (22% dos cancelamentos globais e 35% dos cancelamentos no dia).

A “falta de condições clínicas pré-operatórias” para o ato Anestésico/cirúrgico é o principal motivo de cancelamento tanto nos globais como nos cancelamentos no dia.

A especialidade cirúrgica de Urologia, aquela que tem o mais baixo número de cirurgias agendadas/programadas (64), registou cancelamentos em 12 agendamentos (19%), e desses 8 foram cancelamentos no próprio dia (67%). Os principais motivos para o cancelamento no dia foram: a falta de recursos humanos (38%), a falta de condições clínicas e a falta do utente sem motivo (25, %).

Com o quadro seguinte pretende-se identificar as duas principais causas de cancelamento no próprio dia, por especialidade, permitindo uma visualização mais rápida e algumas

considerações.

Quadro 2 – Comparação de principais causas de cancelamento no dia, por especialidade.

ESPECIALIDADE	% Cancelamentos no dia/cancelamentos na especialidade	1ª causa	2ª causa
Ortopedia	48%	Falta de tempo operatório (54%)	Falta de condições clínicas pré-operatórias (14%)
Cirurgia Geral	49%	Falta de tempo operatório (43%)	Falta de condições clínicas pré-operatórias (30%)
Ginecologia	34%	Greve (50%)	Falta de tempo operatório (25%)
Oftalmologia	63%	Greve (35%) Falta de condições clínicas pré-operatórias (35%)	Falta de recursos humanos (12%)
ORL	42%	Falta de condições clínicas pré-operatórias (100%)	
Urologia	67%	Falta de recursos humanos (38%)	Falta de condições clínicas pré-operatórias (25%) Falta do utente sem motivo (25%)

A “falta de condições clínicas pré-operatórias” e a “falta de tempo operatório” são os fatores mais condicionantes do cancelamento no dia de cirurgias.

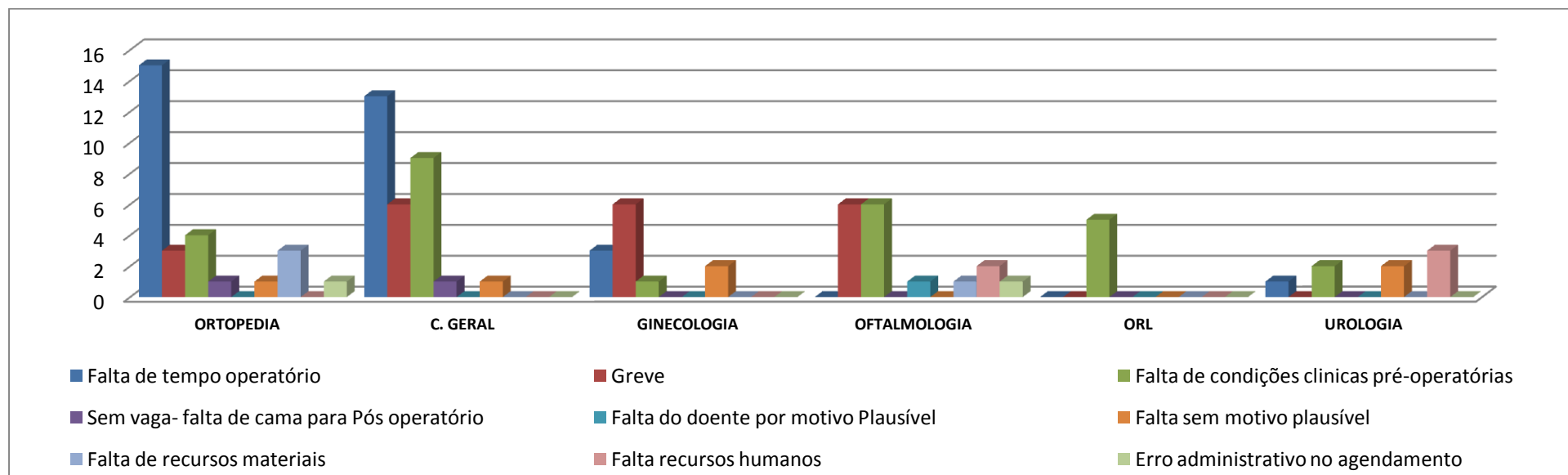
A ocorrência de uma greve do pessoal da saúde, com a duração de apenas 1 dia, introduziu um viés nos resultados, uma vez que nem todas as especialidades foram afetadas de igual modo, porque os tempos operatórios não estão distribuídos de igual modo pelas especialidades em relação ao dia da semana.

Tabela 7 - Resultados de cancelamentos no próprio dia de todas as especialidades cirúrgicas, por motivo.

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	Falta de tempo operatório	Greve	Falta de condições clínicas pré-operatórias	Sem vaga-falta de cama para pós-operatório	Falta do paciente por motivo Plausível	Falta sem motivo plausível	Falta de recursos materiais	Falta de recursos humanos	Erro administrativo no agendamento	Cancelamentos no próprio dia
ORTOPEDIA	15	3	4	1	0	1	3	0	1	28
CIRURGIA GERAL	13	6	9	1	0	1	0	0	0	30
GINECOLOGIA	3	6	1	0	0	2	0	0	0	12
OFTALMOLOGIA	0	6	6	0	1	0	1	2	1	17
ORL	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5
UROLOGIA	1	0	2	0	0	2	0	3	0	8
TOTAIS	32	21	27	2	1	6	4	5	2	100

Foram feitas várias tentativas de agrupamento de variáveis para poder testar a independência das variáveis, não se tendo conseguido chegar aos critérios de aplicabilidade. Como tal, não se pode afirmar que exista qualquer evidência estatística da independência ou dependência das especialidades cirúrgicas com os motivos de cancelamento no próprio dia.

Gráfico 3 – Motivo de cancelamento no próprio dia por especialidade cirúrgica.



O gráfico 3 é revelador da importância que a “falta de tempo operatório” tem nas duas especialidades que apresentam os maiores valores de cancelamentos: Ortopedia e Cirurgia Geral.

De acordo com um dos objetivos específicos, analisaram-se os dados recolhidos com este estudo e elaborou-se uma nova tabela dividindo os motivos de acordo com o critério de imputabilidade da causa do cancelamento no próprio dia, assim:

- **Ao utente** foram imputados os motivos: “falta do paciente com motivo plausível”; “falta do paciente sem motivo plausível”; “desistência do utente”;
- **Ao Serviço/Hospital** foram imputados os motivos: “falta de recursos materiais”; “falta de recursos humanos”; “erro administrativo no agendamento”; “falta de tempo operatório” e “sem vaga/não autorizado”;
- **A Outros** foram imputados os motivos: “falta de condições pré-operatórias”; “falecimento” e “greve”.

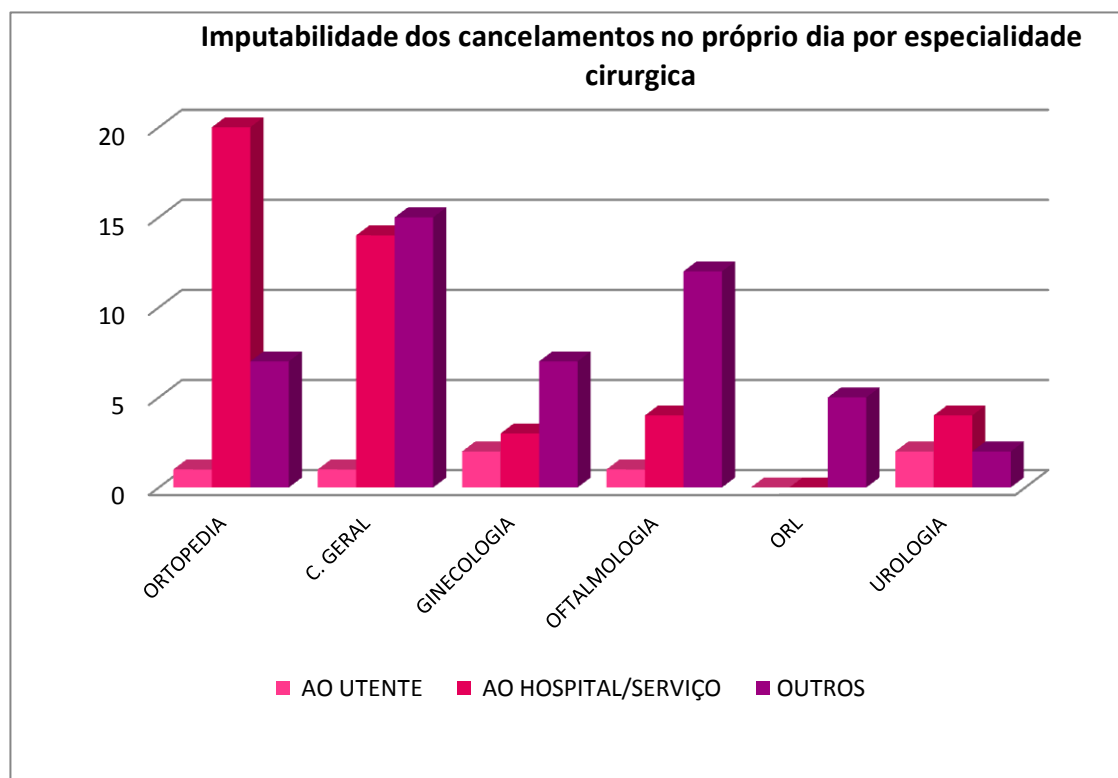
Tabela 8 - Imputabilidade dos motivos de cancelamentos no próprio dia por especialidade cirúrgica.

IMPUTABILIDADE	ORTOPEDIA	CIRURGIA GERAL	GINECOLOGIA	OFTALMOLOGIA	ORL	UROLOGIA	TOTAIS
AO UTENTE	1	1	2	1	0	2	7
AO HOSPITAL/SERVIÇO	20	14	3	4	0	4	45
OUTROS	7	15	7	12	5	2	48
TOTAIS	28	30	12	17	5	8	100

Ao utente foram apenas imputados 7 casos, **ao Serviço/Hospital** 45 casos e **a Outros** 48 casos.

Este valor de **Outros** é o mais significativo, pelo facto do motivo: “falta de condições clínicas pré-operatórias”, estar englobado nele e, com já vimos anteriormente, ser um dos motivos mais significativos dos cancelamentos em todas as especialidades. O critério de seleção deste motivo para esta classe prende-se com a dificuldade de classificá-lo como imputável **ao utente** e/ou **ao Serviço/Hospital**, pois pode acontecer por motivos relacionados com o utente, como uma descompensação de uma patologia associada, ou ao serviço, como acontece quando há falha na comunicação entre utente e o Serviço/Hospital e, por isso, as recomendações pré-operatórias não são transmitidas ou percebidas.

Gráfico 4 – Imputabilidade dos cancelamentos no próprio dia por especialidade cirúrgica



Pela tabela 8 e gráfico 4, verifica-se que a Ortopedia e Urologia são as especialidades onde o **Serviço/Hospital** é o maior responsável pelos cancelamentos, na Cirurgia Geral a imputação é partilhada pelo **Serviço/ Hospital** e **Outros**, nas especialidades de Ginecologia, Oftalmologia e ORL, a imputação é feita a **Outros**.

Para fazer cumprir os critérios de aplicabilidade do teste de independência do Qui- quadrado, efetuou-se o agrupamento de classes, nesta situação optou-se por juntar as duas especialidades cirúrgicas com menor expressão (ORL e URO).

Tabela 9 - Resultados da imputabilidade dos motivos de cancelamentos no próprio dia por especialidade cirúrgica, agrupados.

IMPUTABILIDADE	ORTOPEDIA	CIRURGIA GERAL	GINECOLOGIA	OFTALMOLOGIA	ORL + URO	TOTAIS
AO HOSPITAL/SERVIÇO	20	14	3	4	4	45
AO UTENTE E OUTROS	8	16	9	13	9	55
TOTAIS	28	30	12	17	4	100

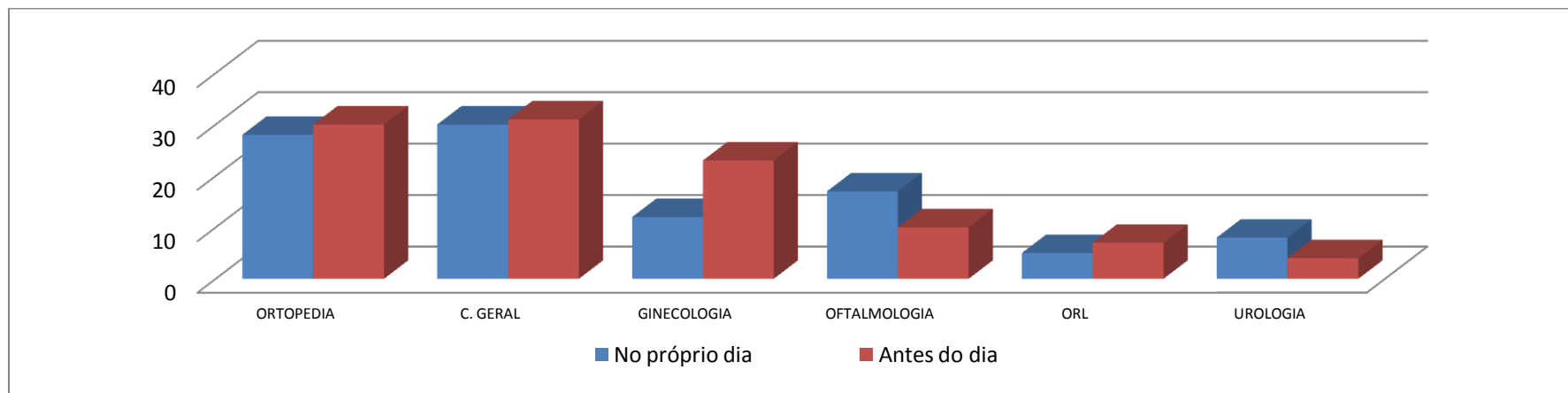
Conclui-se que se rejeita a hipótese de independência das variáveis: imputabilidade da causa e as especialidades cirúrgicas ($p < 0,05$), ou seja, a imputabilidade da causa depende da especialidade cirúrgica.

Analisou-se também a relação entre a data do cancelamento e a especialidade cirúrgica, da qual resultaram a tabela e gráfico seguintes:

Tabela 10 – Resultados de data do cancelamento cirúrgico por especialidade cirúrgica

DATA	ORTOPEDIA	CIRURGIA GERAL	GINECOLOGIA	OFTALMOLOGIA	ORL	UROLOGIA	TOTAIS
NO PRÓPRIO DIA	28	30	12	17	5	8	100
ANTES DO DIA	30	31	23	10	7	4	105
TOTAIS	58	61	35	27	12	12	205

Gráfico 5 – Data do cancelamento por especialidade cirúrgica



Os cancelamentos no “próprio dia” e “antes do dia” são semelhantes em número, nas especialidades de Ortopedia e cirurgia Geral, em que aproximadamente metade dos cancelamentos ocorre no próprio dia. Em Ginecologia, a maioria ocorre “antes do dia”, tal com em ORL, já em Oftalmologia e Urologia a maioria dos cancelamentos ocorre no “próprio dia”.

Através do teste de independência de Qui-quadrado, conclui-se que não rejeita a hipótese da independência entre as variáveis ($p > 0,05$), podendo afirmar-se que existe evidência estatística da relação entre a data do cancelamento e as especialidades cirúrgicas.

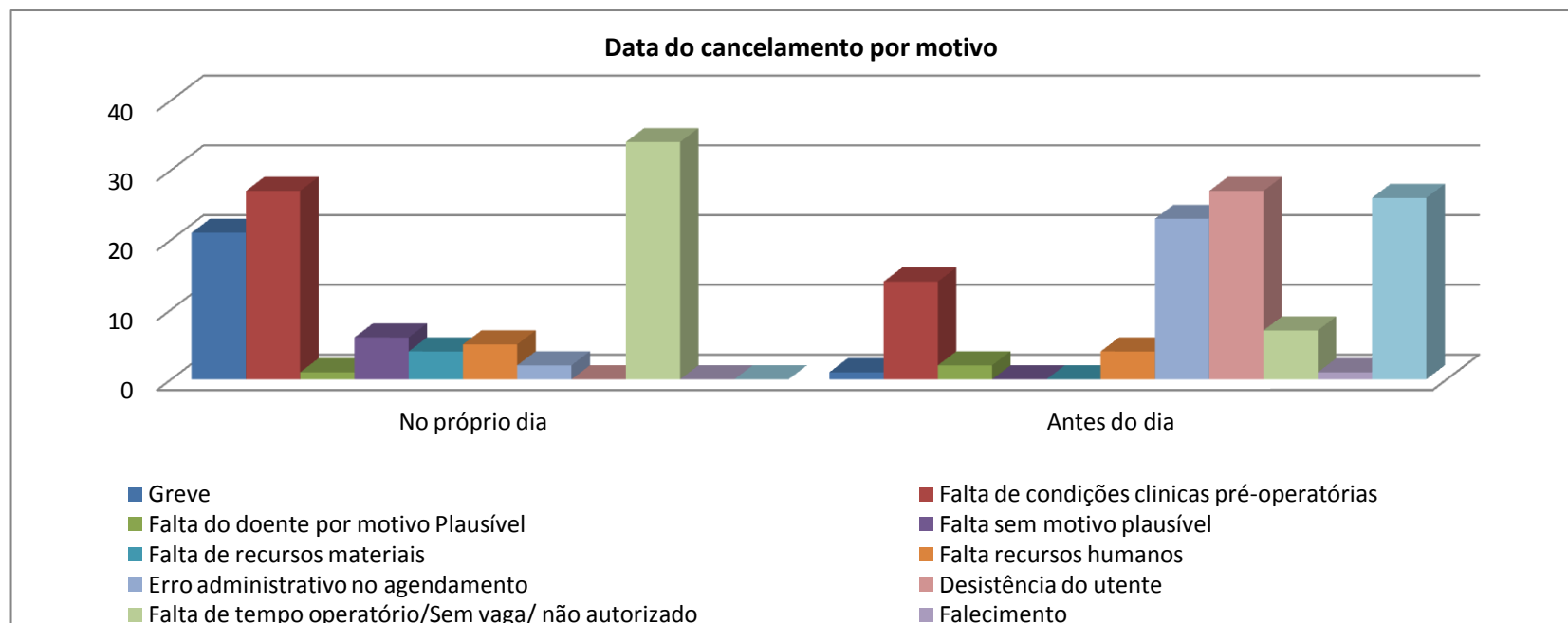
E, foi ainda analisada a relação entre a data do cancelamento e o motivo, da qual resultaram a tabela e gráfico seguintes:

Tabela 11 – Resultados de data de cancelamento por motivo de cancelamento.

MOTIVO DATA DO CANCELAMENTO	Greve	Falta de condições clínicas pré-operatórias	Falta do paciente por motivo Plausível	Falta sem motivo plausível	Falta de recursos materiais	Falta recursos humanos	Erro administrativo no agendamento	Desistência do utente	Falta de tempo operatório/ Sem vaga/ não autorizado	Falecimento	Motivo não definido	Totais
NO PRÓPRIO DIA	21	27	1	6	4	5	2	0	34	0	0	100
ANTES DO DIA	1	14	2	0	0	4	23	27	7	1	26	105
TOTAIS	22	41	3	6	4	9	25	27	41	1	26	205

No próprio dia, os motivos mais importantes foram: “a falta de tempo operatório/sem vaga/ não autorizado” com 34 dos 100 casos de cancelamento no próprio dia, seguido da “falta de condições clínicas pré-operatórias” (27 casos) e da “greve” (21 casos), pelo que se conclui que estes dados são compatíveis com todos os outros anteriormente verificados: “falta de tempo operatório” e “falta de condições clínicas pré-operatórias”, merecem estudo posterior.

Gráfico 6 - Relação de data de cancelamento por motivo de cancelamento



A greve do pessoal da Saúde entra como fator externo e introduz uma variação do motivo importante.

Os cancelamentos “antes do dia” estão maioritariamente relacionados com a “desistência do utente” da cirurgia, “erros de agendamento” e “motivos não definidos”.

Por não existirem critérios de aplicabilidade do teste de independência do Qui- quadrado optou-se pelo agrupamento de classes:

- “Desistência do utente”; “Falecimento”; “Falta do paciente por motivo plausível e não plausível”.
- “Falta de recursos materiais” e “Falta recursos humanos”.

Tabela 12 – Resultados de data de cancelamento por motivo de cancelamento, agrupados.

<div>MOTIVO</div> <div>DATA DO CANCELAMENTO</div>	Greve	Falta de condições clínicas pré-operatórias	Desistência do utente + falecimento + falta do paciente por motivo plausível e não plausível	Falta de recursos materiais + Falta recursos humanos	Erro administrativo no agendamento	Falta de tempo operatório/Sem vaga/ não autorizado	Motivo não definido	Totais
NO PRÓPRIO DIA	21	27	7	9	2	34	0	100
ANTES DO DIA	1	14	30	4	23	7	26	105
TOTAIS	22	41	37	13	25	41	26	205

Cumprindo todos os critérios de aplicabilidade do teste de independência de Qui- quadrado, conclui-se que se rejeita a hipótese de a data do cancelamento e o motivo serem independentes ($p < 0,05$), existindo evidência estatística que a data de cancelamento depende do motivo.

3.3 DISCUSSÃO

No trimestre em que decorreu o estudo, janeiro - março de 2012, no Hospital Dr. José de Almeida, em Cascais, foram agendadas/programadas 1524 cirurgias onde ocorreram 205 cancelamentos, o que se traduz em 13% das cirurgias agendadas, 100 desses cancelamentos (7%) ocorreram no dia em que a cirurgia estava marcada, ou seja 49% de todos os cancelamentos. (Tabela 1)

Os valores encontrados no estudo piloto em relação aos cancelamentos globais são muito inferiores ao que a ACSS apurou nos hospitais portugueses para 2008, 2009 e 2010 (28,4%, 26,0% e 26,6%) (Anexo II), embora estes dados derivem de vários hospitais com características e perfis assistenciais diversos e digam respeito a períodos de tempo anteriores ao do estudo piloto, pelo que a comparabilidade está comprometida. Henriques (2008) apresentou dados do Hospital de Santarém de 2007, com taxa de cancelamento de cirurgias programadas de 6,1%, este dado remete os dados nacionais para a disparidade geográfica e de características das instituições agrupadas nos dados da ACSS (Anexo II).

Em Portugal, nos últimos anos tem havido um esforço por parte do Estado para a implementação de um sistema de prestação de cuidados de saúde de qualidade e para a consciencialização das instituições da necessidade de uma utilização dos recursos de modo eficiente e eficaz, assim como para a redução do desperdício, estando estas políticas a dar frutos e acredita-se que se tivessem sido facultados dados recentes, estes tenderiam a estar próximos dos valores do estudo.

O estudo apresentado neste trabalho foi realizado num Hospital em processo de Acreditação e num período de apenas 3 meses.

Os estudos internacionais consultados apresentam uma variação muito acentuada das taxas de cancelamentos desde 0,34% de cancelamentos encontrados por Sung et al (2010) no estudo realizado durante o ano de 2007 no *Chang Gung Memorial Hospital*, na China, até à taxa de 19% encontrada no estudo de Bertie et al (2009) no Reino Unido. A taxa de cancelamentos globais encontrada no estudo piloto são similares aos estudos de Schofield et al (2005) realizado na Austrália de Seim et al (2009) em hospitais noruegueses e americanos e ao Mahmood et al (2010) num hospital do Paquistão.

De referir que tanto o estudo de Seim como o de Mahmood foram realizados em unidades de Oftalmologia e Pediatria respectivamente, unidades em que a idade dos pacientes (idosos ou crianças) é um fator que pode condicionar o número de cancelamentos.

Quando se trata de analisar as taxas de cancelamento no próprio dia da cirurgia, os dados nacionais de 2008 a 2010 (Anexo II) são consonantes com os encontrados no estudo, aproximadamente metade de todos os cancelamentos verificam-se no próprio dia da cirurgia.

Como já foi referido que são estes os cancelamentos mais penalizadores para o sistema, utente e

sociedade, deverão ser foco de atenção em outros estudos e canalizar sinergias para a implementação de políticas que visem a inversão desta tendência.

Sendo a taxa de cancelamentos que ocorrem no dia da cirurgia de 7%, inferior às taxas apresentadas na maioria dos estudos, no entanto, Jimenez encontrou uma taxa 3,9%, no Hospital Universitário Lozano Blesa em Zaragoza, Espanha, sendo este um Hospital universitário com as características inerentes de: uso de novas técnicas e tecnologias, grande números de recursos humanos em formação e a realização de cirurgias de maior grau de dificuldade, este hospital demonstra níveis de desempenho muito bons, pelo que o entendimento do seu modelo organizacional, seria uma mais valia para a gestão hospitalar e nomeadamente a gestão do Bloco Operatório.

Apesar de aparentemente as taxas de o estudo serem inferiores às taxas verificadas na globalidade dos Hospitais do SNS de Portugal, estas são ainda muito elevadas.

A especialidade cirúrgica em que ocorreu a maior percentagem de cancelamentos (Tabela 3) foi a Ortopedia (27%), esta especialidade não é referida nos estudos consultados como sendo a mais penalizadora. Em 2º lugar com 18% dos cancelamentos está a Cirurgia Geral, especialidade também indicada em algumas publicações: El- Dawlatly et al (2008) e Kumar & Gandhi (2012) como a que apresenta maiores taxas de cancelamentos.

As especialidades onde se registaram menos cancelamentos foram: Ginecologia (8%), Oftalmologia (8%) e Otorrinolaringologia (10%) (Tabela 3), estes dados contrariam outros estudos: Schofield et al (2005) e Sung et al (2010) encontraram nestas especialidades as maiores taxas de cancelamentos.

As conclusões da inferência estatística indicam que existe evidência estatística de que os cancelamentos no global e os cancelamentos no próprio dia diferem consoante a especialidade. Verificando que a especialidade cirúrgica de Ginecologia apresenta o melhor desempenho: o maior número de agendamentos cirúrgicos (446 de 1524 agendamentos (29%)) e a menor taxa de cancelamentos no global com 8% dos cancelamentos e 34% desses no próprio dia (Tabela 1), terá um modelo organizacional da especialidade que difere das restantes. Embora se busque o ideal e estes valores não o sejam, são reveladores de uma estratégia de ação que deverá ser conhecida e poderá ser útil às outras especialidades.

Em relação aos motivos dos cancelamentos globais, foi encontrada evidência estatística de que o tipo do motivo do cancelamento no global é dependente da especialidade. Em Ortopedia e Cirurgia Geral “a falta de vaga /não autorizado “ é o motivo que se destaca dos outros pelo seu valor elevado em termos absolutos, sendo também muito significativo em Urologia (Tabela 3).

A “falta de tempo operatório” não está contemplada nos motivos que o sistema informático administrativo do Hospital nos fornece, sendo este motivo englobado em “Sem vaga”, condicionando os valores elevados que o motivo “sem vaga” apresenta como poderemos observar quando se

analisam as tabelas dos cancelamentos no próprio dia e a dos cancelamentos no global.

Em relação à “falta de tempo operatório” Schofield et al (2005) refere que este não é um problema de programação, mas sim causada pelos cirurgiões que subestimam o tempo necessário para execução do procedimento e assim não conseguem cumprir o programa no tempo que lhes é destinado. Seja de causa programática ou do executante do procedimento é uma das causas potencialmente evitáveis, tal como sugere Dalwani et al (2010).

Schofield W. N. et al (2005) referem que 60% dos cancelamentos de procedimentos eletivos são potencialmente evitáveis. Consideraram potencialmente evitáveis a falta de tempo operatório e a falta de cama para o pós-operatório (sem vaga).

Alger R. M. (2007) apresentou uma estratégia que inclui a estimativa da duração das intervenções cirúrgicas eletivas e aplicar esse dado na programação cirúrgica. Investigadores do Reino Unido encontraram os tempos estimados através de um questionário aplicado a cirurgiões, anestesistas e enfermeiros, e concluíram que as lista de programação estavam sobre-programadas, por diferentes noções de tempo operatório. Os cirurgiões consideram-no como o tempo de cirurgia, os anestesistas como o tempo desde o início da anestesia até à ordem de saída de sala, e os enfermeiros consideram o tempo operatório como todo o processo com inclusão do período *Turn Over* (Anexo I).

A “falta de condições clínicas pré-operatórias do paciente” é o motivo mais importante em: Ginecologia (23%); Oftalmologia (37%); Otorrinolaringologia (42%) e o segundo mais importante em Cirurgia Geral e Urologia, no estudo piloto (tabela 3).

Estes resultados estão em consonância com a maioria dos estudos consultados e são causas de cancelamento no próprio dia, muitas vezes já no bloco operatório.

Schofield et al (2005), Mahmood et al (2010), Sung et al (2010), González et al (2009), Bamashumus et al (2010) e Bertie et al (2009) encontraram nos seus estudos a “falta de condições clínicas pré-operatórias do paciente” como a causa mais frequente de cancelamentos.

No estudo deste trabalho não foram recolhidos dados, por exemplo, da idade, sexo, ASA e comorbilidades, são, por isso fatores a rever e a acrescentar em outros estudos.

O estudo piloto foi realizado numa unidade cirúrgica onde a avaliação pré-operatória pelo anestesista é obrigatória, mas por vezes é realizada com uma antecedência excessiva em relação ao procedimento cirúrgico, não é efetuada a consulta de enfermagem pré-operatória (exceto na cirurgia de ambulatório) e não há contato pessoal ou telefónico com o paciente no período imediato pré-operatório (48h antecedentes). A instituição deve assim rever os moldes em que esta avaliação está ser feita, já que Bertie S. F. et al (2009) o seu estudo tinha encontrado uma redução de 15% nos cancelamentos da cirurgia da catarata pela introdução da avaliação pré-operatória do paciente como parte integrante do processo. Knox M. et al (2009) refere que a avaliação pré-operatória resultou

numa redução significativa no caso cancelamentos (114 vs 256). Os dados sugerem que a criação de uma clínica de avaliação pré-operatória reduz os cancelamentos dos casos eletivos, em particular nos cancelamentos por razões médicas.

A falta de recursos assim como a falta de comparência dos pacientes continuam a ser os motivos com menor frequência pelos quais os cancelamentos ocorrem.

O facto de ter ocorrido uma greve do pessoal da saúde durante o período em que decorreu o estudo, teve um peso muito significativo nos cancelamentos de algumas especialidades: Oftalmologia, Cirurgia Geral, Ginecologia e Ortopedia. Urologia e Otorrinolaringologia não foram afetadas pela greve. Nos estudos consultados o fator greve não foi encontrado.

Os cancelamentos no próprio dia, a “falta de condições clínicas pré-operatórias” e a “falta de tempo operatório” são, tal como nos cancelamentos globais, os fatores mais condicionantes do cancelamento (Tabela 6), estes fatores estão em concordância com a maioria dos estudos consultados.

As especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia têm na sua maioria pacientes com idades extremas: ORL tem na sua população muitas crianças que são muito susceptíveis às afeções da infância e Oftalmologia tem utentes com idades elevadas e com patologias associadas que exigem controlo para permitir o sucesso cirúrgico, nomeadamente HTA e diabetes. Mahmood et al (2011), Sung et al (2010), Bamashmus et al (2010) e Bertie et al (2009), confirmam estas constatações.

São como tal fatores que devem merecer a atenção de qualquer órgão de gestão de um serviço de cirurgia, muitas podem ser as extrapolações sobre as causas de tais ocorrências: deficiente preparação dos pacientes antes da cirurgia, falha na comunicação entre Serviço/Hospital e paciente nas recomendações pré-operatórias, comorbilidades de fácil descompensação, poderão ser causas da falta de condições pré-operatórias.

Em relação “falta de tempo operatório”, as causas poderão estar em: tempos operatórios calculados inadequadamente, a presença na cirurgia de elementos em integração ou estágio, problemas a jusante na chegada dos pacientes ao Bloco, entre outros.

Quando se analisa a imputação do motivo de cancelamento (Tabela 8) conclui-se que: ao “Utente” foram apenas imputados 7 casos, ao “Serviço/Hospital” foram imputados 45 casos e a “Outros” 48 casos. Este valor de “outros” é o mais significativo, pelo facto de conter o motivo: “falta de condições clínicas pré-operatórias”, e, com já vimos anteriormente ser um dos motivos mais significativos dos cancelamentos em todas especialidades. O critério de seleção deste motivo para esta classe prende-se com a dificuldade de o classificar como imputável ao paciente e/ou ao Serviço/Hospital, pois pode ocorrer por motivos relacionados com o utente, como uma descompensação de uma patologia associada, ou ao serviço como acontece quando há falha na

comunicação entre utente e o Serviço/Hospital e as recomendações pré-operatórias não são transmitidas ou percebidas. Verifica-se ainda que a Ortopedia e Urologia são as especialidades onde o “Serviço/Hospital” é o maior responsável pelos cancelamentos, na Cirurgia Geral a imputação é partilhada pelo “Serviço/ Hospital” e “Outros”, nas especialidades de Ginecologia, Oftalmologia e ORL a imputação é feita a “Outros”.

Nos estudos consultados, considerando o mesmo critério de seleção do motivo para a classe que consideramos no nosso estudo, verifica-se que: com exceção do estudo de Henriques (2008) todos os motivos são imputados ao “Serviço/Hospital” ou a “Outros”. Henriques (2008) encontrou como principal motivo a desistência da cirurgia, motivo imputado ao “Utente”.

A inferência estatística relaciona a imputabilidade da causa com a especialidade cirúrgica. Assim, pode-se concluir que existe evidência estatística de que pode existir um problema no Serviço/Hospital que origina o cancelamento de cirurgias e como tal deve ser estudado exaustivamente com a finalidade de conhecer as causas e posteriormente estabelecer estratégias de minoração do problema.

Os cancelamentos no “próprio dia” e “antes do dia” (Tabela 10) são semelhantes em número nas especialidades de Ortopedia e Cirurgia Geral, aproximadamente metade dos cancelamentos ocorre no próprio dia. Em Ginecologia, a maioria ocorre “antes do dia”, tal com em ORL, já em Oftalmologia e Urologia a maioria dos cancelamentos ocorre no próprio dia. Não se verifica, como foi referido, evidência estatística da relação entre a data do cancelamento e as especialidades cirúrgicas.

Quando se relacionou a data de cancelamento pelo motivo do cancelamento (Tabelas 11 e 12), concluiu-se que no “próprio dia” os motivos mais importantes foram: “a falta de tempo operatório” com 34 dos 100 casos de cancelamento no próprio dia, seguido da “falta de condições clínicas pré-operatórias” (27 casos) e da “greve” (21 casos), pelo que se conclui que estes dados são compatíveis com todos os outros anteriormente verificados e com a maioria dos estudos consultados (Schofield, 2005; El-Dawlatly, 2008; Henriques, 2008; González, 2009; Garg, 2009; Sung, 2010; Bamashmus, 2010; Kumar, 2011; Mahmood, 2011). A “falta de tempo operatório” e “falta de condições clínicas pré-operatórias”, merecem estudo posterior.

Os cancelamentos “antes do dia” estão maioritariamente relacionados com a desistência do paciente da cirurgia, erros de agendamento e motivos não definidos (Tabelas 11 e 12). Quais as causas que podem causar a desistência do paciente é um tópico interessante de estudo, mais uma vez poder-se-á extrapolar causas como as dificuldades económicas da família ou um tempo de espera demasiado longo que leva o paciente a procurar outra solução para o seu problema.

Mais uma vez existe evidência estatística que a data de cancelamento depende do motivo.

3.4 CONCLUSÕES

Os resultados apurados neste estudo piloto revelam taxas de cancelamento na globalidade (13%) (Tabela 1), inferiores às fornecidas pelo Ministério da Saúde em relação às cirurgias agendadas em 2008; 2009 e 2010 (AnexoIII), com 28,4%, 26% e 26,6% respectivamente, no entanto, as taxas de cancelamento no próprio dia são semelhantes, 49% no estudo e entre 44,1% e 50,5% nos dados do Ministério da Saúde.

Se compararmos com os estudos internacionais: Rakesh G. et al (2009) realizaram um estudo de um dia na Índia, em que estavam agendados 1590 pacientes para procedimentos cirúrgicos eletivos em 458 salas de operação, desses 482 pacientes (30,3%) foram cancelados no dia da cirurgia; Kumar R. e Gandhi R.(2012) realizaram um estudo num Hospital multidisciplinar com 500 camas em Nova Deli, Índia, entre dezembro de 2009 e novembro de 2010, encontrando uma taxa de 17,6%, que resulta de uma média de 5,5 cancelamentos por dia.; Koljonen, V. et al (2007) do Helsinki University Central Hospital, na Finlândia, constataram que das 942 cirurgias programadas no Departamento de ORL, num período de 10 semanas, 59 (6,3%) foram canceladas 1 hora antes da hora programada para a cirurgia, as taxas nacionais assim como as taxas do estudo são superiores.

Em Ortopedia e Cirurgia Geral “a falta de vaga /não autorizado” é o motivo que se destaca dos outros pelo seu valor elevado em termos absolutos, sendo também muito significativo em Urologia.

O facto de ter ocorrido uma greve do pessoal da saúde, com a duração de 1 dia, durante o período em que decorreu o estudo, teve um peso muito significativo nos cancelamentos de algumas especialidades: Oftalmologia, Cirurgia Geral, Ginecologia e Ortopedia. Enquanto Urologia e Otorrinolaringologia não foram afetadas pela greve. (Tabela 3)

Nos cancelamentos no próprio dia, a “falta de condições clínicas pré-operatórias” e a “falta de tempo operatório”, são tal como nos cancelamentos globais, os fatores mais condicionantes do cancelamento. A especialidade de Ginecologia é a exceção a esta regra: o principal motivo de cancelamentos no dia desta especialidade é a greve (50%), seguido da falta de tempo operatório (25%) e apenas 1 paciente foi cancelado por falta de condições clínicas pré-operatórias. Em Otorrinolaringologia, a “falta de condições clínicas pré-operatórias” é a única causa de cancelamentos no dia. (Tabela 6)

Quando se relacionou a data de cancelamento por motivo de cancelamento conclui-se que no “próprio dia” os motivos mais importantes foram: “a falta de tempo operatório com o motivo” com 34 dos 100 casos de cancelamento no próprio dia, seguido da “falta de condições clínicas pré-operatórias.(Tabela 11)

Foi encontrada uma relação de dependência entre as variáveis:

- Cancelamentos globais /cancelamentos no dia;
- Cancelamentos globais/especialidade;

- Cancelamentos no dia/especialidade;
- Imputabilidade/especialidade;
- Data de cancelamento /motivo.

A relação entre data do cancelamento e a especialidade cirúrgica é a única em que estatisticamente se aceita que estas sejam variáveis não dependem uma da outra.

Assim, considera-se pertinente a realização de um estudo mais aprofundado e abrangente do comportamento deste fenómeno nas instituições de saúde em Portugal, qualquer que seja o seu universo de atuação, para tornar conhecidas causas e com esse conhecimento traçar estratégias e políticas que tenham como objetivos a prestação de cuidados de saúde de excelência, a racionalização dos recursos e diminuição do desperdício.

Perante os achados do estudo piloto e da literatura consultada, existe evidência de que problemática se reveste de tal importância para a gestão das organizações de saúde, e a realização de estudo mais vasto seria um meio de aquisição de conhecimentos com a finalidade de concepção de políticas e estratégias de ação. Propõe-se assim como ponto de partida, o objetivo geral: **Conhecer as taxas de cancelamento de cirurgias no próprio dia da cirurgia nos hospitais da área geográfica da ARS LVT.** E como objetivos específicos: Identificar os fatores que condicionaram os cancelamentos no dia da cirurgia; Identificar as especialidades cirúrgicas onde ocorreu maior número de cancelamentos; Conhecer a orgânica funcional do BO de cada instituição.

Tendo este estudo numa segunda fase a finalidade de obter dados que permitam a identificação e o entendimento dos motivos a montante dos cancelamentos e assim permitir o estabelecimento de estratégias de ação para melhorar o desempenho dos Blocos operatórios, com a sua posterior implementação e avaliação dos resultados. Nas instituições onde já estejam implementadas estratégias de ação, relacioná-las com os resultados.

Os dados obtidos nas diferentes instituições poderiam ser cruzados para a obtenção de vários indicadores e seriam úteis para *benchmarking* se pudéssemos comparar Hospitais e cuidados de saúde nos diferentes sistemas. Para uma comparação significativa dos cancelamentos de cirurgias em sistemas de saúde é necessário a compreensão completa desses sistemas e da natureza dos cancelamentos em cada um dos ambientes.

Mais estudos baseados neste trarão ganhos em saúde, para o sistema e utentes, permitindo desenvolver programas de melhoria continua, evitar os cancelamentos, otimizar recursos e reduzir o desperdício. Considero que este estudo pode ser um modo de *empowerment* dos profissionais de saúde que exercem funções nas unidades cirúrgicas, principalmente os que desempenham funções de gestão.

4 - CONCLUSÃO

O *Institute of Medicine* (2001) dos Estados Unidos da América define qualidade como “O grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e as populações aumentam as probabilidades de obter os resultados esperados de saúde e são coerentes com o conhecimento profissional corrente”; o documento *"Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century"* (IOM, 2001) refere que os cuidados de saúde devem ser: **Seguros, Eficazes, Centrados no paciente, Atempados, Eficientes e Equitativos.**

A taxa de utilização e a taxa de cancelamentos são indicadores clássicos da atividade dos Blocos Operatórios. São referidos como indicadores de processo que medem a eficiência do Bloco Operatório. A taxa de cancelamentos é considerada também um indicador de qualidade, os hospitais acompanham e reportam este valor regularmente, para a tutela.

A cirurgia é uma experiência única para cada paciente, mesmo quando programada, significa uma agressão ao indivíduo, à sua integridade física e emocional, e, apesar de algumas intervenções serem consideradas processos menores pelas pessoas que atuam na área hospitalar, a cirurgia é sempre uma experiência importante para o paciente e família.

Assim, realizou-se um estudo numa instituição do SNS (Hospital Dr. José de Almeida) com o objetivo geral de: **Conhecer as taxas de cancelamento de cirurgias no próprio dia da cirurgia.**

E como objetivos específicos:

- Identificar os fatores que condicionaram os cancelamentos no dia da cirurgia.
- Identificar as especialidades cirúrgicas onde ocorreu maior número de cancelamentos.
- Identificar o ponto de origem (utente, serviço/hospital) dos cancelamentos.
- Identificar o relacionamento entre a data de cancelamento e a especialidade cirúrgica.
- Identificar o relacionamento entre a data de cancelamento e o motivo de cancelamento.
- Identificar a principal causa de cancelamento no próprio dia, em cada especialidade.

Os resultados apurados neste estudo piloto revelam taxas de cancelamento na globalidade (13%) (Tabela 1), inferiores às fornecidas pelo Ministério da Saúde em relação às cirurgias agendadas em 2008; 2009 e 2010 (Anexo III), com 28,4%, 26% e 26,6% respectivamente, no entanto, as taxas de cancelamento no próprio dia são semelhantes, 49% no estudo e entre 44,1% e 50,5% nos dados do Ministério da Saúde. Se compararmos com os estudos internacionais: Rakesh G. et al (2009) realizaram um estudo de um dia na Índia, em que estavam agendados 1590 pacientes para procedimentos cirúrgicos eletivos em 458 salas de operação, desses 482 pacientes (30,3%) foram cancelados no dia da cirurgia; Kumar R. e Gandhi R.(2012) realizaram um estudo num Hospital multidisciplinar com 500 camas em Nova Deli, Índia, entre dezembro de 2009 e novembro de 2010,

encontrando uma taxa de 17,6%, que resulta de uma média de 5,5 cancelamentos por dia.; Koljonen, V. et al (2007) do Helsinki University Central Hospital, na Finlândia, constataram que das 942 cirurgias programadas no Departamento de ORL, num período de 10 semanas, 59 (6,3%) foram canceladas 1 hora antes da hora programada para a cirurgia, as taxas nacionais assim como as taxas do estudo são superiores.

Quando se analisa os motivos e se relacionou a data de cancelamento pelo motivo do cancelamento (Tabelas 11 e 12), concluiu-se que no “próprio dia”, a “falta de condições clínicas pré-operatórias” e a “falta de tempo operatório”, são tal como nos cancelamentos globais, os fatores mais condicionantes do cancelamento, 34 e 27 respectivamente, dos 100 casos de cancelamento no próprio dia, pelo que se conclui que estes dados são compatíveis com todos os outros anteriormente verificados e com a maioria dos estudos consultados (Schofield, 2005; El-Dawlatly, 2008; Henriques, 2008; González, 2009; Garg, 2009; Sung, 2010; Bamashmus, 2010; Kumar, 2011; Mahmood, 2011). A “falta de tempo operatório” e “falta de condições clínicas pré-operatórias”, merecem estudo posterior.

O facto de ter ocorrido uma greve do pessoal da saúde, com a duração de 1 dia, durante o período em que decorreu o estudo, teve um peso muito significativo nos cancelamentos de algumas especialidades: Oftalmologia, Cirurgia Geral, Ginecologia e Ortopedia. Enquanto Urologia e Otorrinolaringologia não foram afetadas pela greve. (Tabela 3)

A especialidade de Ginecologia é a exceção a esta regra: o principal motivo de cancelamentos no dia desta especialidade é a greve (50%), seguido da falta de tempo operatório (25%) e apenas 1 paciente foi cancelado por falta de condições clínicas pré-operatórias. Em Otorrinolaringologia, a “falta de condições clínicas pré-operatórias” é a única causa de cancelamentos no dia. (Tabela 6)

Foi encontrada uma relação de dependência entre as variáveis:

- Cancelamentos globais /cancelamentos no dia;
- Cancelamentos globais/especialidade;
- Cancelamentos no dia/especialidade;
- Imputabilidade/especialidade;
- Data de cancelamento /motivo.

Assim, considera-se pertinente a realização de um estudo mais aprofundado e abrangente do comportamento deste fenómeno nas instituições de saúde em Portugal, qualquer que seja o seu universo de atuação, para tornar conhecidas causas e com esse conhecimento traçar estratégias e políticas que tenham como objetivos a prestação de cuidados de saúde de excelência, a racionalização dos recursos e diminuição do desperdício.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AASERUD, M. , TROMMALD, M., BOYNTON, J. -Elective surgery - cancellations, ring fencing and efficiency, [consultado em Julho de 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11875930>,
- 2 ACSS - R.T.05/2011 – Recomendações técnicas para o Bloco Operatório [Em Linha]. [Consultado em Julho 2011]. Disponível em: <http://stk49.outbox.ativism.pt/index.php?lop=conteudo&op=1d7f7abc18fcb43975065399b0d1e48e&id=bc6dc48b743dc5d013b1abaebd2faed2>
- 3 AESOP: ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS SALAS DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS (2006) *Enfermagem perioperatória : da filosofia à prática dos cuidados*. Lisboa : Lusodidacta, ISBN 972-8930-16-X.
- 4 AESOP :ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS SALAS DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS - Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório [Em linha] 2006 [Consultado em Julho 2011]. Disponível em: <http://www.aesop-enfermeiros.org/index.php?lop=conteudo&op=3def184ad8f4755ff269862ea77393dd&id=7f100b7b36092fb9b06dfb4fac360931>
- 5 ALGER R. M.- Causas de cancelación quirúrgica y reacciones de los pacientes. [Em Linha] Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula. 75:2 (2007) 71-76. [Consultado em Agosto 2011]. Disponível em: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2007/pdf/Vol75-2-2007.pdf>
- 6 ANTONIO, P., MUNARI, D., COSTA, H.- Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. [Em linha] **Revista Eletrônica de Enfermagem** 4:1 (2002) 33 – 39. [Consultado em Julho 2011]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>
- 7 AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS – About ASA. [Em linha]. [Consultado Novembro 2011]. Disponível em: <http://www.asahq.org>.
- 8 AUDIT COMMISSION. Operating Theatres. Review of National Findings.[Em Linha]. London: HMSO, 2003. [Consultado em Maio 2012]. Disponível em: <http://www.audit-commission.gov.uk/SiteCollectionDocuments/AuditCommissionReports/NationalStudies/TheatresAHP.pdf>
- 9 BAMASHMUS M; HAIDER T; AL-KERSHY R - Why cataract surgery canceled? A retrospective evaluation. Eye Department, Universidade de Saná, Sanaa, Iémen. *European Journal of Ophthalmology*. 20:1 (2010 Jan-Fev) 101-105. ISSN: 1120-6721 (Print)
- 10 BERTIE S.; CANNON S. ; MOHAN M. - Cancellation of surgical day cases in an ophthalmic centre. [Em linha] **Acta Ophthalmologica**. 87:3 (May 2009) 357–358. [Consultado em Julho 2011]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1755-3768.2008.01206.x/pdf>
- 11 CAVALCANTE, J.B.; PAGLIUCA, L.M.F.; ALMEIDA, P.C -. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital escola: um estudo exploratório. [Em Linha] **Rev.latino-americana enfermagem** 8:4 (Agosto 2000) 59-65. [Consultado em Maio 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12385.pdf>

- 12 DALWANI A.; ZARDARI A.; SHAIKH F. - An audit of postponement of surgeries in a tertiary hospital. [Em linha] **Medical Channel**. 3 (2010 July 16) 444-446 [Consultado em Agosto 2011]. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=55121109&lang=pt-br&site=ehost-live>
- 13 DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2010 - Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009, Cirurgia Segura Salva Vidas, (Safe Surgery Saves Lives), Versão portuguesa [Em linha] [Consultado em Julho 2011]. Disponível em: www.dgs.pt
- 14 DONABIDIEN, A. (1984) *La calidad de la atención médica*, México, La prensa Mexicana.
- 15 DIX P.; HOWELL S. – Survey of cancellation rate of hypertensive patients undergoing anaesthesia and elective surgery. [Em Linha]. **British Journal of Anaesthesia**, 86 :6 (2001) 789-793 [Consultado em Julho 2011] Disponível em:
<http://bjj.oxfordjournals.org/content/86/6/789.full.pdf>
- 16 EL-DAWLATLY, A.A., TURKISTANI, A., ALDOHAVAN, A. , ZUBAIDI, A - Reasons Of Cancellation Of Elective Surgery In A Teaching Hospital. [Em linha] **The Internet Journal of Anesthesiology** 15 :2 (2008). [Consultado em Julho de 2011]. Disponível em:
<http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ija/vol15n2/cancellation.xml>. ISSN: 1092-406X
- 17 EPSTEIN, R.; DEXTER, F. - Uncertainty in knowing the operating rooms in which cases were performed has little effect on operating room allocations or efficiency. *Anesthesia and Analgesia*. 95 : 6 (2002) 1726-1730.
- 18 FRAGATA, J., MARTINS L. (2004) *O Erro em Medicina*. Almedina.
- 19 FERSCHL, M.B.; TUNG, A.; SWEITZER, B.J.; HUO, D.; GLICK D.B. - Preoperative Clinic Visits Reduce Operating Room Cancellations and Delays. *Anesthesiology* 103 (2005) 855–859.
- 20 FORTIN, M.F. (2003) *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 3ª Edição, Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.Fortin
- 21 GARG R., BHALOTRA A., BHADORIA P., GUPTA N., ANAND R. - Reasons for Cancellation of Cases on the Day of Surgery-A Prospective. [Em Linha] **INDIAN Journal of anaesthesia**. 53:1 (2009) 35-39. [Consultado em Agosto 2011]. Disponível em:
<http://www.ijaweb.org/article.asp?issn=0019-5049;year=2009;volume=53;issue=1;spage=35;epage=39;aulast=Garg>
- 22 GONZÁLEZ-A., GÓMEZ A., DELACRUZ F., et al - Las causas de cancelación de cirugías electivas en un hospital general español. *Anestesia*. 64 :5 (Maio 2009) 487-493.
- 23 GRAÇA, L. (2009) *Guião para o desenho de um projecto de Investigação*, Textos T 834, ENSP, UNL.

- GUPTA, A.; GUPTA, N. - Setting up and functioning of a preanaesthetic clinic. [Em linha] Indian Journal of Anaesthesia. 54 :6 (Nov/Dec 2010) 504-507 [Consultado em Julho 2011].
- 24 Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=63155560&lang=pt-br&site=ehost-live>
- 25 HAGEN, T.P.; KJEKSHUL, S.E. - *Ring fencing of elective surgery: does it affect hospital efficiency?*. Health Organisation Research Norway – HORN: Oslo, 2004
- 26 HENRIQUES C.J. - Gestão da Qualidade total de num Serviço de Saúde. [Em Linha]. Lisboa: ISCTE, 2008. Tese de mestrado. [Consultado em Julho 2011] Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10071/1754>
- 27 HUSSAIN, A.M.; KHAN, F.A. - Anaesthetic reasons for cancellation of elective surgical inpatients on the day of surgery in a teaching hospital. [Em linha] **J Pak Med Assoc.** 2005;55:374–8. [Consultado em Julho 2011] Disponível em:
<http://ncbi.nlm.gov/pubmed/16302470>
- 28 IEFP: INSTITUTO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – Classificação Nacional de Profissões. [Em linha]. Lisboa :Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001. [Consultado Agosto 2011].
Disponível em: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Documents/CAP2.pdf>.
- 29 IEFP: INSTITUTO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL; – Perfil profissional auxiliar de ação Médica. [Em linha]. Lisboa : Instituto de do Emprego e Formação Profissional, 2007. [Consultado Novembro 2011]. Disponível em:
<http://www.iefp.pt/formacao/certificacao/OfertaCertificacao/Documents/Certificacao%20da%20Aptid%20Profissional%20no%20Sec>
- 30 INSTITUTE OF MEDICINE (2001) Crossing the Quality Chasm -A New Health System for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America. National Academy Press. Washington.
- 31 JAMIESON S. - Six Month Report on Cancelled Operations Programme. *Leeds Teaching Hospitals NHS Trust* . November 2008
- 32 JIMÉNEZ, A., ARTIGAS, C., ELIA, M., CASAMAYOR, C., GRACIA J.A., MARTÍNEZ M. - Cancellations in ambulatory day surgery: an observational study. [Em linha] Ambulatory Surgery Unit. University Hospital Lozano Blesa. Zaragoza-Spain. **Kirurgia** . 3 (2005). [Consultado em Julho de 2011]. Disponível em: <http://www.sc.ehu.es/scrwwwsr/kirurgia/20053/Alfredo%E7.htm>
- 33 JØRGENSEN, L., HINRICHSSEN, N., KRISTENSEN N., KRAMHOFT, J. - Cancelled surgical interventions at an orthopedic department Ugeskr Laeger[Em linha]. 1991 [Consultado em Julho 2011].Disponível em. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2058031>.
- 34 JONNALAGADDA R, WALROND ER, HARIHARAN S, et al. Evaluation of the reasons for cancellations and delays of surgical procedures in a developing country. *International Clinical Practice* 59 (2005)716-720.

- 35 KOLJONEN, V.; JERO, J.; VUORISTO, T.; NISKANEN, M. - Late cancellations in ENT surgery – reasons and costs. [Em linha] Departments of Plastic Surgery, Otolaryngology, Anaesthesia and Intensive Care, Helsinki University Central Hospital, Helsinki. Finland. **Clinical Otolaryngology**. 32 (12 January 2007) 297–323 [Consultado em Julho 2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17651300>
- 36 KNOX, M.; MYERS, E.; HURLEY, M. ; - The impact of pre-operative assessment clinics on elective surgical case cancellations. [Em linha] Department of Surgery, Saint Luke's Hospital, Kilkenny, Ireland . **The Surgeon**. 7:2 (2009 Apr.) 76-78. [Consultado em Julho 2011]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19408797&lang=pt-br&site=ehost-live>
- 37 KUMAR R. GANDHI R. - Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. [Em Linha] **Journal Anaesthesiology Clin Pharmacol**. 28:1 (2012 Jan-Mar) 66–69. [Consultado em Outubro 2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275976/>
- 38 LACQUA MJ, EVANS JT “Cancelled elective surgery: an evaluation” .[Em Linha]. **American Surgeon**; 60 (1994) 809-811. [Consultado em Maio 2012]. Disponível em: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-anesthesiology/volume-15-number-2/reasons-of-cancellation-of-elective-surgery-in-a-teaching-hospital.html#sthash.aRLOWsxx.dpbs>
- 39 LEMOS P. - Development Of Clinical Indicators For Ambulatory Surgery. [Em Linha] EUROANESTHESIA 2005 - Vienna, Austria 28-31 May 2005. [Consultado em Janeiro 2012]. Disponível em: <http://www.euroanesthesia.org/Education/~media/Files/Publications/RefresherCourse/rc2005vienna/2rc2.ash>
- 40 LOURO, A. I (2009) **Balanced Scorecard, Modelo de Excelência EFQM e Common Assessment Framework, como instrumentos integrados de Gestão de Qualidade nos Serviços Públicos**. Doutoramento em Gestão, Universidade da Beira Interior | Departamento de Gestão e Economia .
- 41 MACARIO, A. et al. - Where are costs in perioperative? Analysis of hospital costs and charges for inpatient surgical care. *Anesthesiology*. 83 : 6 (1995)1138-1144.
- 42 MAGNUSSON H. ; FELLÄNDER-T.; HANSSON M.; RYD. L. - The cancellations of elective surgeries may cause a post-operative lower: the "invisible hand" of prioritizing health care? [Em Linha] **Clinical Ethics**. 6:1 (2011) 27-31 [Consultado em Agosto 2011]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=60671265&lang=pt-br&site=ehost-live>
- 43 MAHMOOD M., AKHTER N., YOUSAF S., et al - Cancellations of elective operations- causes in Pediatric patients. [Em Linha]. **RMJ** ; 36:3 (2011) 199-201 . [Consultado em Maio 2012]. Disponível em: <http://www.scopemed.org/?jft=27&ft=27-1300523386>

- 44 MARTINS, M. (2003) **Identificação e aplicação a blocos operatórios de Key Performance Indicators**. Dissertação elaborada no âmbito do XXXI Curso de Especialização em Administração Hospitalar 2001/2003. Lisboa . Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa .
- 45 MEZOMO, J. (2001) - *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*, 1ª Edição, Editora Manole
- 46 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Relatório resumo dos indicadores da LIC no País em relação ao ano de 2010 [Em Linha]. [Consultado em Julho 2011]. Disponível em: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/04AE197D-6BE1-474F-8966-ED6122CA937D/0/APRESENTACAOSIGIC_28Marco2011.pdf
- 47 NHS: NATIONAL HEALTH SYSTEM (2010) *The Handbook of Quality and Service Tools*. Institute for innovation and Improvement. University of Warwick. ISBN 978-1-907045-81-3
- 48 ORDEM DOS MÉDICOS - Regulamento sobre o acompanhamento e responsabilidade do anestesiologista pelo paciente submetido a atos médicos de anestesia ou sedação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. 16 : 5 (2007) 24.
- 49 ORDEM ENFERMEIROS - Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante [Em Linha] 7 de Setembro 2004 . [Consultado em Julho 2011]. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt
- 50 ORTIGA, B.; CAPDEVILA, C.; SALAZAR, A.; VISO, M.F.; BARTOLOMÉ, C - Eficácia de uma Unidade de Internação Cirurgia para pacientes submetidos à cirurgia eletiva em um grande hospital universitário terciário. [Em linha] BMC Health Services Research. 10 (2010) 1-5 [Consultado em Agosto 2011]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/23>
- 51 PANDITT, J.J.; CAREY, A. - Estimating the duration of common elective operations: Implications of operating list management.[Em linha] **Anaesthesia**. 61 (2006)768–776. [Consultado em Julho 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16867090>
- 52 PASCHOAL M.L.; GATTO M.A. - Rate of surgery cancellation at a university hospital and reasons for patients' absence from the planned surgery .[Em linha] **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. 14:1 (Jan./Feb. 2006) Ribeirão Preto . [Consultado em Julho de 2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100007. Print version ISSN 0104-1169.
- 53 PEGADO, A. M. (2010) **Gestão de Bloco Operatório: Modelos de Gestão e monitorização**. III Curso de Mestrado em Gestão da Saúde. ENSP/UNL. Lisboa.
- 54 PEREIRA J.(2004) *Economia da saúde : glossário de termos e conceitos*. 4ª ed. Lisboa: APES. (Documento de trabalho; 1/93).
- 55 PERROCA, M., JERICÓ, M., FACUNDIN, S. - Monitoring cancellations of surgical procedures: an indicator Of organizational performance. [Em linha] **Rev Esc Enferm USP** 41:1 (2007) 113-119 [Consultado em Julho 2011]. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/

- 56 PITTELKOW, E.; CARVALHO, R. - Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública. [Em linha] Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil [Consultado em Julho de 2011]. Disponível em: apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/988-Einsteinv6n4port416-421.pdf
- 57 POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 58 POLLARD J.B. , OLSON L . - Early outpatient preoperative anesthesia assessment: does it help to reduce operating room cancellations? [Em linha] Department of Anesthesia, Stanford University School of Medicine, California, EUA. [consultado em Julho de 2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10439775>
- 59 PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ARSLVT – Glossário. Lisboa: Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. Ministério da Saúde, [Em Linha] [Consult. Junho 2012]. Disponível em <http://www.arslvt.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/Glossario.pdf>.”
- 60 RAI, M.R.; PANDIT, J.J. - Day of surgery cancellations after nurse-led pre-assessment in an elective surgical centre: the first 2 years. *Anaesthesia* 58 (June 2009) 692-699.
- 61 REZENDE, J.M. (2009) *À sombra do Plátano: Crônicas de história de Medicina*. São Paulo. Unifesp.
- 62 SEIM, A. R.; FAGERHAUG, T.; RYEN S.M., et al - Causes of Cancellations on the Day of Surgery at Two Major University Hospitals [Em linha] **Surgical Innovation** 16 :2 (June 2009) 173-180 [Consultado em Julho 2011]. Disponível em: <http://sri.sagepub.com>
- 63 SCHOFIELD, W. N. , RUBIN, G. L., PIZA, M. Lai Y.Y , SINDHUSAKE, D., KLINEBERG, M. e KLINEBERG, P. - Cancellation of operations on the day of intended surgery at a referral hospital for major Australian [Em linha] **MJA** 182 :12 (2005) 612-615. [Consultado em Julho de 2011]. Disponível em: http://www.mja.com.au/public/issues/182_12_200605/sch10857_fm.html
- 64 SUNG W., MD; CHO.U A., LIAO C., et al - Operation Cancellation at Chang Gung Memorial Hospital.[Em Linha] **Chang Gung Med J** 33: 5 (September-October 2010) 568-574 [Consultado em Maio 2012]. Disponível em: <http://memo.cgu.edu.tw/cgmj/3305/330511.pdf>
- 65 TAIT, A.R.; VOEPEL-LEWIS, T.; MUNRO, H.M.; GUTSTEIN, H.B.; REYNOLDS, P.I. - Cancellation of pediatric outpatient surgery: economic and emotional implications for patients and their families. *Journal Clinical Anaesthesia*. 9 (1997) 213-219.
- 66 WANG, E., WRIGHT, J., WHITING J.. - Do Home Visits by Nurses Reduce Day Surgery Cancellation Rates? Results of a Randomized Controlled Trial. [Em linha] **Medical Care**. 33: 1 (1995) 113-118 . [consultado em Julho 2011]. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3766743>
- 67 WHO (2008) Implementation Manual surgical Safety Check-list.[Em linha] [Consultado em: Novembro de 2011] Disponível em: www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools-resource/SSSLmanual_finaljun2008.pdf

- 68 WILLIAMS D.; IKER C.; LEITH L. MASRI B. - Improve surgical access: the Vancouver experience. [Em linha] **Canadian Journal of Surgery**. 54 :4 (2011 Aug.) 277-281. [Consultado em Agosto 2011]. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=64466365&lang=pt-br&site=ehost-live>
- 69 YOON S.Z.; LEE S.I.; LEE H.W.; LIM HJ; YOON S.M.; CHANG S.H. - The effect of increasing the capacity of the operating room the day of surgery cancellation. [Em linha] Department of Anesthesiology and Pain. Korea University, Seoul, Korea. **Anaesthesia and Intensive Care**. 37:2 (2009 Mar) 261-266. [Consultado em Agosto 2011] Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19400490>

SITES CONSULTADOS

1. http://www.min-saude.pt/NR/ronlyres/D87B7107-0FAC-4FDC-8400-4F02B1E06F87/0/UCGIC20090330RC_RelatorioTP2008_v28.pdf ..[Consultado em Julho 2011].
2. www.acss.min-saude.pttluis@acss.min-saude.pt informação recebida em 04/07/2012
3. http://www.dh.gov.uk/en//Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005487. [Consultado em Julho 2011].
4. http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/cancelled_operations.html. [Consultado em Julho 2011].
5. http://www.compaqhpst.fr/data/indicateurs/11_CDC_Annulation_actes_ambu_V2.pdf [Consultado em Julho 2011].
6. <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/acesso-aos-cuidados-de-saude-o-caso-das-listas-de-espera-em-cirurgia.pdf>. [Consultado em Julho 2011]
7. www.hppcascais.pt..[Consultado em Julho 2011].
8. http://www.portaldasauade.pt/NR/ronlyres/D87B7107-0FAC-4FDC-8400-4F02B1E06F87/0/UCGIC20090330RC_RelatorioTP2008_v28.pdf..[Consultado em Julho 2011].
9. www.min-saude.pt/NR/.../0/Relatorioactividadecirurgica_MS_2009.pdf..[Consultado em Julho 2011].
10. http://www.portaldasauade.pt/NR/ronlyres/04AE197D-6BE1-474F-8966-ED6122CA937D/0/APRESENTACAOSIGIC_28Marco2011.pdf..[Consultado em Julho 2011].
11. <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20e%20Contas%20do%20SNS%202010.pdf> [Consultado em Julho 2011].
12. [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Sistema_Integrado_de_Gest%C3%A3o_de_Inscritos_para_Cirurgia_\(SIGIC\)#](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Sistema_Integrado_de_Gest%C3%A3o_de_Inscritos_para_Cirurgia_(SIGIC)#)

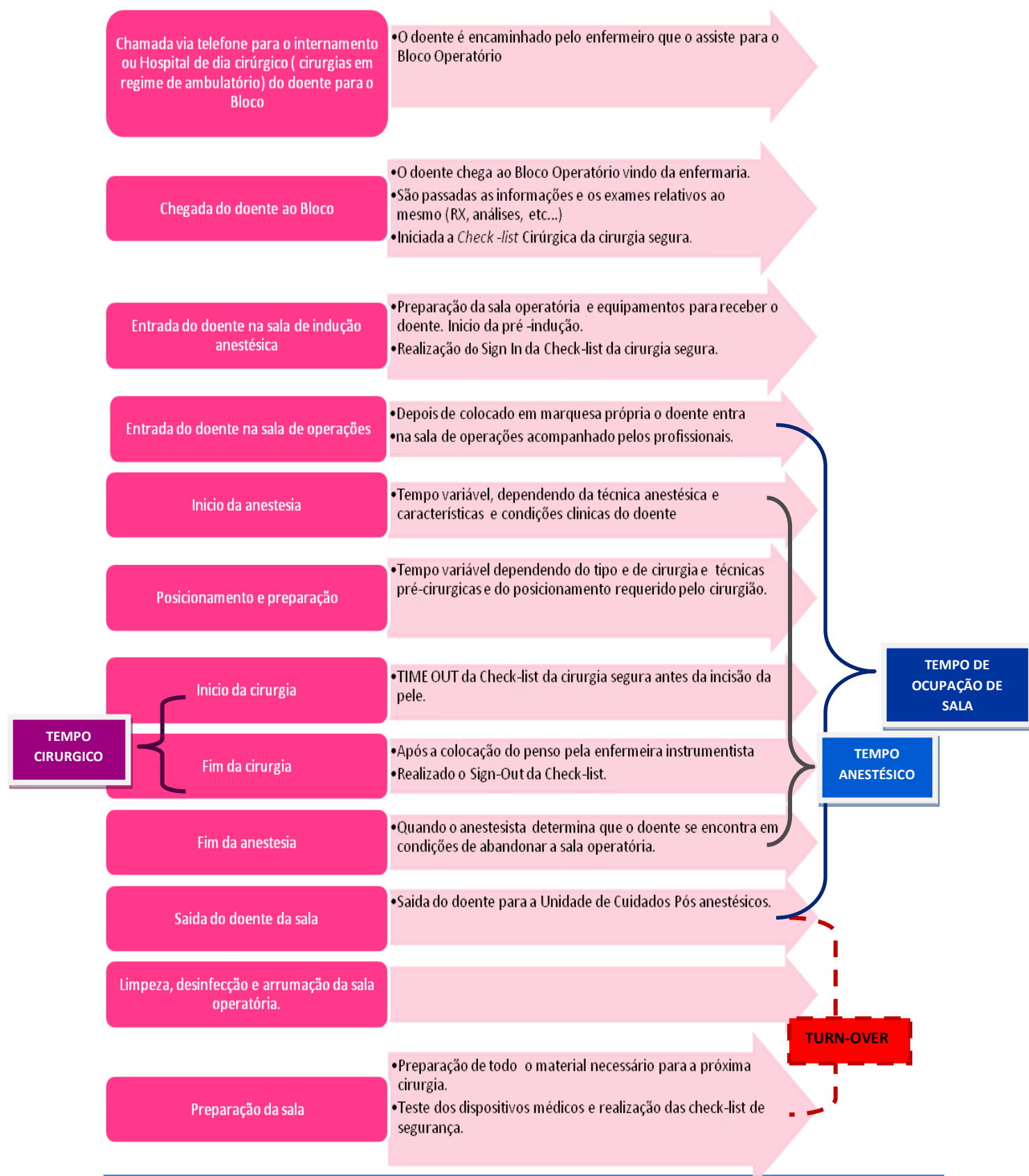
Defini.C3.A7.C3.A3.[Consultado em Julho 2011].

13. http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/5/5a/Manual_SIGIC_v3_15-2-2005.pdf..[Consultado em Julho 2011].
14. http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/81/1/Qualidade_final.pdf.[Consultado em Agosto 2011].
15. www.ordemenfermeiros.pt.[Consultado em Agosto 2011].
16. www.ordemdosmedicos.pt.[Consultado em Agosto 2011]
17. www.iefp.pt.[Consultado em Agosto 2011]
18. www.parliament.the-stationery-office.co.uk/ [Consultado em Abril 2011]
19. www.modern.nhs.uk/theatreprogramme/preop.[Consultado em Novembro 2011]
20. www.asahq.org.[Consultado em Agosto 2011]
21. www.iom.edu [Consultado em Agosto 2011].
22. www.hsm.min-saude.pt/hsmindra/tabid/1648/default.aspx [Consultado em Agosto 2011]

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

- I. LEI N.º 64-B/2011 de 30 de Dezembro Orçamento do Estado para 2012 Diário da República, 1.ª série — N.º 250 — 30 de Dezembro de 2011 5538-(45)
- II. DECRETO REGULAMENTAR N.º 63/9. D. R. Iª Série – B
- III. DESPACHO N.º 10783-A/2011, Diário da República, 2.ª série — N.º 167 — 31 de Agosto de 2011 35588-(2)
- IV. PORTARIA N.º 1450/2004 de 25 de Novembro
- V. PORTARIA N.º 45/2008 de 15 de Janeiro
- VI. RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 79/2004

6 ANEXOS

ANEXO I – Definições dos tempos operatórios adaptados de Pegado, A. (2010).


ANEXO II – Dados fornecidos pela ACSS, 4 Julho 2012 (Tânia Luis), em CD. www.acss.min-saude.pt e dados do estudo piloto (CD).

ANEXO III–Compilação dos dados fornecidos pela ACSS (2012)

- Cancelamento de cirurgias em Portugal, dados de 2008

CIRURGIA PROGRAMADA 2008	TOTAL DE CASOS EM ANALISE 2008	% DE CANCELAMENTOS
455 503	129 385	28,4%

TOTAL DE CANCELAMENTOS 2008 NO PRÓPRIO DIA	CANCELAMENTOS NO PRÓPRIO DIA / TOTAL DE CANCELAMENTOS (%)
65 396	50,5%

REGIÃO	TOTAL DE CANCELAMENTOS NO PRÓPRIO DIA	MESES DE MAIOR NUMERO DE CANCELAMENTOS
ALENTEJO	2 278	Julho – 270 Outubro- 265 Maio – 255
ALGARVE	2 492	Outubro – 293 Julho – 285 Março – 267
CENTRO	11 587	Outubro – 1 516 Julho – 1 383 Novembro – 1182
LVT	32 020	Novembro – 3837 Outubro – 3 388 Fevereiro – 3 128
NORTE	17 019	Outubro – 2 079 Julho – 1 786 Novembro – 1 716

- Cancelamento de cirurgias em Portugal dados de 2009

CIRURGIA PROGRAMADA 2009	TOTAL DE CASOS EM ANALISE 2009	% DE CANCELAMENTOS
431 947	112412	26%

TOTAL DE CANCELAMENTOS 2009 NO PRÓPRIO DIA	CANCELAMENTOS NO PRÓPRIO DIA / TOTAL DE CANCELAMENTOS (%)
54 044	48%

REGIÃO	TOTAL DE CANCELAMENTOS NO PRÓPRIO DIA	MESES DE MAIOR NUMERO DE CANCELAMENTOS
ALENTEJO	1 777	Março– 201 Abril- 190 Maio – 184
ALGARVE	1 844	Setembro – 256 Março - 222 Abril – 195
CENTRO	11 674	Março – 1 393 Setembro – 1 358 Abril – 1 251
LVT	25 197	Março – 3 305 Setembro – 2 824 Abril – 2 546
NORTE	13 552	Março – 1 496 Setembro – 1 469 Junho – 1 406

- Cancelamento de cirurgias em Portugal, dados de 2010

CIRURGIA PROGRAMADA 2010	TOTAL DE CASOS EM ANALISE 2010	% DE CANCELAMENTOS
405.747	108 116	26,6%

TOTAL DE CANCELAMENTOS 2010 NO PRÓPRIO DIA	CANCELAMENTOS NO PRÓPRIO DIA / TOTAL DE CANCELAMENTOS (%)
47 715	44,1 %

REGIÃO	TOTAL DE CANCELAMENTOS NO PRÓPRIO DIA	MESES DE MAIOR NUMERO DE CANCELAMENTOS
ALENTEJO	2 196	Maio – 265 Dezembro – 257 Novembro – 254
ALGARVE	1 744	Outubro – 237 Agosto – 222 Maio – 216
CENTRO	9 589	Outubro – 1 156 Novembro – 1 138 Junho – 1 131
LVT	21 625	Novembro – 2 839 Outubro – 2 724 Dezembro – 2 437
NORTE	12 561	Outubro – 1 658 Junho – 1 540 Maio – 1 527

- Cancelamentos em Janeiro de 2009 a 2011, em Portugal.

REGIÃO	CANCELAMENTOS NO PRÓPRIO DIA EM JANEIRO DE 2011	CANCELAMENTOS NO PRÓPRIO DIA EM JANEIRO DE 2010	CANCELAMENTOS NO PRÓPRIO DIA EM JANEIRO DE 2009
ALENTEJO	17	106	115
ALGARVE	20	68	104
CENTRO	198	386	545
LVT	191	857	1 858
NORTE	29	483	749

ANEXO IV – Quadros comparativos dos dados dos estudos consultados

- Comparação de taxas de cancelamento nos diferentes estudos

ESTUDO	PAÍS	TIPO DE HOSPITAL	TAXA DE CANCELAMENTOS
Kumar R. e Gandhi R.(2012) Cancelamento no dia	Índia	Hospital multidisciplinar com 500 camas	17,6%
Mesmar M. et al (2011)	Jordânia		3,6%
Mahmood, M. et al, (2011)	Paquistão	Hospital pediátrico	14,3%
Bamashmus M.,et al (2010). Cancelamento no dia	Kuwait	Departamento de Oftalmologia	12%
Dalwani, A. et al (2010)	Paquistão	Hospital multidisciplinar	21%
Sung W.-C., et al, 2010	China	Hospital multidisciplinar	0,34%
Seim A. R.et al (2009)	Noruega	Hospital universitário	14,58% em 2003 e 16,07% em 2004
Seim A. R.et al (2009)	EUA	Hospital universitário	16,52%
Bertie S. F. et al 2009	Reino Unido	Unidade de oftalmologia	19%
González, A. et al (2009)	Espanha	Hospital Público	6,5%
Garg R. et al (2009) Cancelamento no dia	Índia	Hospital multidisciplinar	30,3%
El-Dawlatly A.A. et al (2008)	Turquia	Hospital universitário	7,6%
Koljonen, V. et al (2007) Cancelamento no dia	Finlândia	Hospital central Universitário	6,3%
Alger R. M. (2007),	Honduras	Instituto Hondureño de Seguridad Social	6.8% em 2003 e 4.7% em 2004; 7,3%,de fevereiro a abril de 2005
Jiménez A. et al (2005) Cancelamentos no dia	Espanha	Hospital universitário, Hospital Lozano Blesa, Zaragoza	3,9%
Schofield, W.N. et al (2005) Cancelamentos no dia	Austrália	Hospital Central	11,9%
Schofield, W.N. et al (2005) Cancelamentos de todos os procedimentos eletivos	Austrália	Hospital Central	13, 2%
Lacqua et al, (1994)	EUA	Departamento de cirurgia do Nassau County Medical Center	17%

- Comparação das principais causas de cancelamentos e especialidade mais afectada, nos diferentes estudos

ESTUDO	ESPECIALIDADE COM MAIOR % DE CANCELAMENTOS	1ª CAUSA DE CANCELAMENTOS	2ª CAUSA DE CANCELAMENTOS
Schofield, W. et al (2005)	Otorrinolaringologia (19,6%)	Motivos processuais (falta de preparação do paciente, falta de recursos humanos, erro de lista, causa administrativa e de comunicação), totalizaram 21,0%.	Falta de tempo cirúrgico devido a atraso(s) e prolongamento(s) da(s) cirurgia(s) anterior(es) (18,7%)
El-Dawlatly A. et al (2008)	Cirurgia geral (28%)	Falta de tempo operatório (35%)	“Outras” (20,9%.)
Jiménez A. et al (2005) cirurgia de ambulatorio	Cirurgia Vascular (5,8%)	Indisponibilidade de recursos em 29%.	Situações clinicas agudas em 23,3% dos casos e a falta de acompanhamento pré-operatório de orientação em 23,3%
Mahmood, M. et al, (2011), Cirurgia pediátrica		Infeções das vias aéreas superiores e febre (24,2%)	
Sung W.-C. et al (2010)	Oftalmologia	<p>Potencialmente inevitáveis: alterações da condição clínica do paciente foram a causa mais comum de cancelamento com 33,6% dos casos: Febre, infecções do trato respiratório superior e asma.</p> <p>Potencialmente Evitáveis: o inadequado jejum, a disponibilidade de cama e alterações de decisão de paciente ou familiares, foram</p>	Potencialmente inevitáveis: problemas cardiovasculares (20,5%): hipertensão grave e alterações do electrocardiograma.

		as mais frequentes.	
Tait et al, referido por Lemos, P.(2005) Cirurgia pediátrica		34,7%, foram cancelamentos devido a erros de programação, falta de jejum, ou dificuldades de transporte.	34,6% devidos a infecções do trato respiratório superior
Kumar R. & Gandhi R. (2012)	Cirurgia geral (7,1%)	Falta de disponibilidade de sala operatória (63%).	pacientes não compareceram (19%).
Garg R. et al (2009)		(59,7%) falta de disponibilidade de tempo operatório	(10,8%) razões médicas
Portugal (dados da UGIC 2007/2008) Pegado A. (2010)		Desistências (17,7%)	Recusa de transferência de instituição (15,3%),
Portugal – dados do UGIC 2009/2010			
HENRIQUES (2008) Hospital de Santarém		Falta de tempo operatório 30,86%	Risco Anestésico 22,22%
González A. et al (2009)		Razões médicas obtiveram (50%) (infecções / febre (18%))	Problemas administrativos / logísticos 25%.(falta de tempo operatório (23%)).
Bamashmus M. et al (2010), Departamento de Oftalmologia		Condições clínicas pré-existentes mal controladas (HTA e diabetes)	Cancelamento pelo paciente

Bertie S. F. Et al (2009) Oftalmologia		Incapacidade do paciente para colaborar no ato cirúrgico sob anestesia local	Cancelamento no próprio dia pelo paciente e controlo deficiente de uma condição clinica pré-existente.
Dalwani, A. et al (2010)		Falta de tempo operatório (70,95%)	Razões de ordem médica (20,2%)
Mesmar M. et al (2011)		razões do médico responsável (38,4%)	Não comparecimento (31,4%)

ANEXO V – Pedido de autorização para a realização do estudo no Hospital Dr. José de Almeida em

Conselho de Administração
Correspondência RecebidaEntrada nº 20.4.5.12
481PDr. Adalberto Campos Fernandes
Presidente do CAEx. Sr. Director do Conselho de
Administração do Hospital Dr.
José de Almeida – HPP CascaisNada a opor.
Autorizado:
Enfermeira Directora
Isabel Pereira Lopes

Vem por este meio, Elisa Maria Martins Alves, estudante no mestrado académico de Gestão em Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, portador da cédula profissional de Enfermeiro nº 5-E-26662 e CC nº 06950041, no âmbito do desenvolvimento da tese de mestrado, solicitar a vossa excelência autorização para a colheita de dados retrospectivamente referentes ao período entre 01 de Janeiro de 2012 e 31 de Março de 2012, da produção cirúrgica do Bloco Operatório na vertente cancelamento de cirurgias no próprio dia.

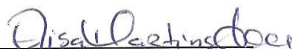
No âmbito de um sistema de qualidade o cancelamento cirúrgico é um dos indicadores avaliáveis, e, o cancelamento no próprio dia de cirurgia acarreta uma perda de recursos físicos, económicos, financeiros e sociais consideráveis. Pretende-se que o presente estudo seja um estudo piloto no qual se baseará um projecto de investigação.

Os dados a recolher serão: o nº de cirurgias programadas, o nº de cancelamentos no próprio dia e os factores que condicionaram o cancelamento.

Os registos serão colhidos pelo investigador através da consulta de dados constantes dos registos do Bloco Operatório em suporte de papel e informático.

Todos os dados recolhidos preservarão a identidade dos utentes e respeitarão os procedimentos éticos/legais inerentes ao processo em causa.

Sem mais assuntos de momento, com os melhores cumprimentos,



Elisa Martins Alves

Cascais.

